



---

# **BACHELORARBEIT**

---

Frau  
**Jessica Pudelko**

**Qualitätssicherung im  
Krankenhaus**

**2017**

# **BACHELORARBEIT**

---

## **Qualitätssicherung im Krankenhaus**

Autor/in:  
**Frau Jessica Pudelko**

Studiengang:  
**Gesundheitsmanagement**

Seminargruppe:  
**GM14wP5-B**

Erstprüfer:  
**Prof. Dr. Volker Kreyher**

Zweitprüfer:  
**Mag. Karl Schwaiger**

Einreichung:  
Salzburg, 24.06.2017

# **BACHELOR THESIS**

---

## **Quality assurance in hospitals**

author:

**Ms. Jessica Pudelko**

course of studies:

**Healthcare Management**

seminar group:

**GM14wP5-B**

first examiner:

**Prof. Dr. Volker Kreyher**

second examiner:

**Mag. Karl Schwaiger**

submission:

Salzburg, 24th June 2017

---

## **Bibliografische Angaben**

Nachname, Vorname: Pudelko, Jessica

Thema der Bachelorarbeit: Qualitätssicherung im Krankenhaus

Topic of thesis: Quality assurance in hospitals

54 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,  
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2017

## **Abstract**

Thema der vorliegenden Arbeit ist die Qualitätssicherung im Krankenhaus, welche sich seit den 1990er Jahren fortschreitend entwickelt hat. Durch den demographischen Wandel müssen sich Krankenanstalten laufend mit ständigen Veränderungen auseinandersetzen. Wichtig dabei ist, dass die Qualitätssicherung an die veränderten Ansprüche der Patienten angepasst wird.

Die Verfasserin untersucht zu Beginn der Arbeit wesentliche Rahmenbedingungen die das Qualitätsmanagement betreffen. Dabei wird auf die erforderlichen Methoden der Qualitätsmessung eingegangen, um herauszufinden ob ein Krankenhaus auf der Grundlage des ausgewählten Konzepts die Qualitätssicherung in Bezug auf die Patientenzufriedenheit erreichen kann. Dies wird am Beispiel des Unfallkrankenhauses Salzburg dargestellt.

Die Literatur basiert auf neuen Erkenntnissen und somit wird versichert, dass die Beiträge auf dem aktuellsten Stand sind.

Die Arbeit kommt zu dem Ergebnis, dass die Qualitätssicherung im Bereich der Gesundheit den Krankenanstalten zu Nutzen kommt und somit als unabdingbar gilt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>VI</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>VIII</b>
<b>1. EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
<b>2. KLINIKMANAGEMENT.....</b>	<b>3</b>
2.1 BEGRIFFSDEFINITION .....	5
2.2 FÜHRUNG .....	7
2.3 KLINIKMARKETING .....	9
<b>3. QUALITÄTSMANAGEMENT.....</b>	<b>11</b>
3.1 QUALITÄTSBEGRIFF .....	11
3.2 DEFINITION QUALITÄTSMANAGEMENT .....	15
3.3 PATIENTENZUFRIEDENHEIT .....	18
3.3.1 <i>Begriffsdefinition</i> .....	18
3.3.2 <i>Formen der Patientenzufriedenheit</i> .....	19
3.4 METHODEN DER QUALITÄTSMESSUNG .....	20
3.4.1 <i>EFQM</i> .....	20
3.4.2 <i>KTQ</i> .....	23
3.4.3 <i>Joint Commission International</i> .....	27
3.5 METHODEN DER QUALITÄTSSICHERUNG .....	28
3.5.1 <i>Audit</i> .....	28
3.5.2 <i>DIN EN ISO 9001</i> .....	30
3.5.3 <i>AQUA- Institut</i> .....	34
3.5.4 <i>SMART- Regel</i> .....	37
<b>4. PROZESSMANAGEMENT .....</b>	<b>39</b>
4.1 BEGRIFFSDEFINITION PROZESS .....	39
4.1.1 <i>Kundenorientierung</i> .....	40
4.1.2 <i>Prozessarten</i> .....	42
4.1.3 <i>Prozess- Landkarte</i> .....	43
4.2 BEGRIFFSDEFINITION PROZESSMANAGEMENT .....	44
4.2.1 <i>Ziele und Nutzen</i> .....	45
4.2.2 <i>Abgrenzung zu klinischen Pfaden</i> .....	47
<b>5. PRAXISBEISPIEL .....</b>	<b>49</b>
<b>6. ERFOLGSFAKTOREN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN .....</b>	<b>53</b>
<b>LITERATUR- &amp; QUELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>XI</b>

## **Abkürzungsverzeichnis**

### **A**

AQUA      Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung in der Ambulanten Versorgung

AUVA      Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

A.ö      Allgemein öffentlich

### **E**

EFQM      European Foundation for Quality Management

### **H**

Hrsg.      Herausgeber

### **I**

IT      Informationstechnik

### **J**

JCI      Joint Commission International

### **K**

KAKuG      Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz

KTQ      Kooperation für Transparenz und Qualität

## **P**

pCC            proCum Cert

PMU            Private Medizinische Universität

## **Q**

QEP            Qualität und Entwicklung in Praxen

QM            Qualitätsmanagement

## **S**

SGB            Sozialgesetzbuch

SKAG            Salzburger Krankenanstaltengesetz

## **U**

UKH            Unfallkrankenhaus

## **Ö**

ÖNORM            Industrienorm in Österreich, die in etwa der deutschen DIN-Norm entspricht

## **Symbole**

§            Paragraph

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Malik Standardmodell - Führungskräfte .....	8
Abbildung 2: Modell nach Donabedian.....	15
Abbildung 3: Das EFQM- Modell.....	21
Abbildung 4: KTQ- Stufenmodell.....	24
Abbildung 5: Das Prozessmodell der DIN EN ISO 9000.....	32
Abbildung 6: SIPOC- Modell.....	40



## 1. Einleitung

Zur Einleitung dieser Bachelorarbeit wird mit Allgemeinen Fakten der Qualitätssicherung begonnen und die Problemstellung definiert. Aufbauend erfolgt nach der Vorstellung der Zielsetzung ein Überblick über den Aufbau dieser Arbeit. Für den Gesundheitsbereich haben die umfassenden Maßnahmen an Bedeutung gewonnen und gelten daher für die Krankenanstalten als unerlässlich. Im Gesundheitswesen werden die einheitlichen Qualitätsstandards politisch gefördert. Diese Förderung wird seit dem Jahre 1990 schrittweise umgesetzt. Der Begriff Qualität hat im Bereich der Gesundheit einen hohen Stellenwert eingenommen und wird somit als wichtiges Ziel betrachtet. Das Ziel wird so definiert, dass ein hoher Qualitätsstandard der medizinischen Versorgung dauerhaft gewährleistet wird. Auch die Patientenorientierung sowie der Bedarf der Identifikation in dem Fall von Qualitätslücken fallen unter die Gewährleistung der Ziele. Seit mehreren Jahren schon gelten die für die Gesundheitseinrichtungen vorgegeben Qualitätsstandards für die Praxis.

In Zeiten des demographischen Wandels sowie des technologischen Fortschrittes in der Medizin muss man sich mit ständigen Veränderungen auseinandersetzen. Beide Aspekte sind Grund für einen zahlreichen und umfangreichen Aufenthalt in einem Krankenhaus. Dies hat zum einen, einen steigenden Kostendruck im Gesundheitswesen und zum anderen einen steigenden Wettbewerb unter den Krankenhäusern, zur Folge.<sup>1</sup>

Bis hin zum Jahre 1990 galten die bisher bestehenden Qualitätsstandards als zu wenig einheitlich oder fachspezifisch. Daher konnten sie den gestellten Anforderungen an die Umsetzung sowie die Messbarkeit von Qualität nicht gerecht werden. Um dieses Problem beheben zu können, sind in Krankenhäusern Konzepte für eine umfassendere Qualitätssicherung entwickelt worden. Im Jahr 2009 ist in Deutschland eine Gesundheitsreform eingeführt worden. Erst vier Jahre später wird sie in Österreich kundgemacht. Diese beinhaltet die Vorgaben einer Qualitätssicherung und definiert für Leistungserbringer die Vorgaben die für ein Qualitätsmanagement notwendig sind. Sie gelten im Gesundheitsbereich für verpflichtend. Daher sind seit dem Jahr 2005 die Krankenhäuser

---

<sup>1</sup> Vgl. Schmidt, Möller 2006,4

<sup>2</sup> Vgl. Wörsdörfer 2016, 8

gesetzlich dazu verpflichtet, ihre Qualitätssicherung und Dokumentation in einem öffentlichen frei zugänglichen Qualitätsbericht zu verfassen. Damit Krankenanstalten diese Anforderungen erfüllen können, sind unterschiedliche Verfahren der Qualitätssicherung erstellt worden. Darunter fällt unter anderem auch die in Deutschland gültige DIN EN ISO 9000. Auch das bekannte Verfahren, Kooperation für Transparenz und Qualität (KTQ) ist für den Krankenhaussektor entwickelt worden. Es bezieht sich vor allem auf die Beurteilung und die Zertifizierung einer Krankenanstalt. Damit die Krankenhäuser auch international vergleichbar sind, gelten internationale Qualitätsstandards als zunehmend wichtig. Die internationalen Standards dienen den Krankenhäusern dazu, dass die internationalen Erfahrungen in die Entwicklung des Qualitätsstandards miteinfließen können und somit für eine Erhöhung der Transparenz sorgen können.<sup>2</sup> Das Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) sowie das Verfahren der Joint Commission International (JCI) ist ein europaweit eingesetztes Modell, das auf diesen internationalen Standard getrimmt ist. Die Krankenanstalten in Deutschland haben sich gemäß §137 SGB V an die gesetzliche Verpflichtung zur Erfüllung der Dokumentation ihrer Qualitätssicherung zu halten. Auch in Österreich gilt das Gesetz der Dokumentation der Qualitätssicherung eines Krankenhauses.

Die Problemstellung hierbei ist, dass sich die Verfahren auf eine gewisse Art und Weise unterscheiden. In Bezug auf die Qualitätssicherung unterscheiden sie sich aufgrund ihrer inhaltlichen Kriterien aber auch aufgrund von einem verbundenen Aufwand an vorhandenen Ressourcen sowie einem erheblichen Kostenanteil.<sup>3</sup> Daher muss sich eine Krankenanstalt von vornherein bewusst sein welcher Qualitätsstandard deren Anforderungen am besten abdecken kann. Eine Einrichtung im Gesundheitsbereich kann selbst darüber bestimmen welchen Qualitätsstandard es auswählen möchte, denn die Qualitätssicherung ist zwar gesetzlich vorgeschrieben, der Nutzen ist damit nicht verbunden. Der Gesetzgeber bestimmt im Vorhinein gewisse Kriterien denen das Qualitätsmanagement am Ende genügen muss. Daher ist es für ein Krankenhaus von großer Bedeutung ein Verfahren auszuwählen, dessen Gegebenheiten es am nächsten kommen kann um deren Ziel der Patientenzufriedenheit näher kommen zu können. Die Verfasserin hat sich während ihrer Bachelorarbeit mit der Qualitätssicherung in Deutschland und Österreich befasst und hat

---

<sup>2</sup> Vgl. Wörsdörfer 2016, 8

<sup>3</sup> Vgl. Wörsdörfer 2016, 9

dabei festgestellt, dass es keine markanten unterschiedliche Ansätze der Qualitätssicherung gibt, sondern beide sehr ähnlich aufgebaut sind.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit besteht darin, grundlegendes zur Qualitätssicherung in einem Krankenhaus herauszuarbeiten und zu definieren. Zielsetzung der Arbeit ist es daher, einen Beitrag zu der Frage zu leisten: Kann ein Krankenhaus auf der Grundlage des ausgewählten Konzepts der Qualitätssicherung sein Ziel der Patientenzufriedenheit erreichen?

## **2. Klinikmanagement**

In einem Krankenhaus sind sämtliche betriebswirtschaftliche Faktoren aufzufinden. In erster Linie betrifft es das Personalmanagement, Controlling, Rechnungswesen, Qualitäts- und Prozessmanagement, Marketing und Public Relations, sowie die Leistungsplanung und –abrechnung und die Informationstechnik (IT), etc. Doch nicht nur betriebswirtschaftliche Faktoren spielen dort eine Rolle, sondern darüber hinaus sind im Krankenhaus bestimmte Berufsbilder wie zum Beispiel Medizincontrolling, Pflegemanagement und OP- Management, etc. existent. Sofern man die Führung einer Klinik genauer betrachtet, wird bemerkbar, dass sich das Krankenhausmanagement auch mit den Themen der Strategieentwicklung und Kooperation auseinander setzt.<sup>4</sup>

Die Trägerstrukturen sowie die Größe der Einrichtung bilden die Abhängigkeit dieser Organisationsfunktionen. In Deutschland sind insgesamt drei große Trägergruppen vorzufinden. Dazu zählen die öffentlich-rechtliche, die frei-gemeinnützige/kirchliche und die private. Bei allen drei Trägergruppen lassen sich innerhalb eines Krankenhauses strategische und normative Vorgaben unterscheiden, an denen sich das Management eines Krankenhauses orientiert. Ebenso lassen sich im Krankenhaus reichliche Akteure mit jeweils eigenen Interessenanlagen, den sogenannten Stakeholdern, unterscheiden. Darun-

---

<sup>4</sup> Vgl. Wollscheid/Drees 2005, 3

ter fallen Kunden (hier Patienten), Mitarbeiter, Träger (z.B. Konzernstrukturen), Kostenträger (z.B. Krankenkassen), Politik, Verbände, Lieferanten, etc.<sup>5</sup>

Die Prozessoptimierung und die Transparenzerhöhung lassen einige Tendenzen zum Vorschein bringen. Die beiden Aspekte nehmen durch die IT, zeitversetzt zum industriellen Umfeld im Krankenhaus, immer deutlicher zu. Diese Tendenz wird nicht als ein branchenspezifischer Trend angesehen. Vielmehr wird es als ein verspätet einsetzender Trend durch einen bisher am Markt fehlenden Wettbewerbsdruck empfunden. Anfänglich ist das Krankenhausmanagement auf die Verwaltung im Krankenhaus beschränkt worden. Die beiden Bereiche, der ärztliche Dienst und der Pflegedienst, sind in den vorherigen Jahren noch autark gelenkt worden. Das Entscheidungsgremium im Krankenhaus ist in der Regel auf drei Direktoren aufgeteilt, die sich auf der selben Ebene befinden. Vor wenigen Jahren ist bemerkbar gewesen, dass die Verwaltung, die als betriebswirtschaftliche Seite betrachtet worden ist, zum Großteil mit Geschäftsführungskompetenzen ausgestattet wird. Aus diesem Grund schreiten die meisten Kliniken immer mehr zu einem ökonomisch orientierten Unternehmen vor, in denen interdisziplinär zusammengearbeitet wird.<sup>6</sup>

Seit mehreren Jahren stellt das Prozessmanagement nun einen gewissen Trend im Krankenhaus dar. Die Prozesse in den Einrichtungen werden auf primärer-, sekundärer- und tertiärer Ebene ausgelegt und im gegebenen Fall vereinheitlicht. Aufgrund von individueller medizinischer Patientenversorgung, die im Krankenhaus stattfindet ist das Prozessmanagement mit dementsprechenden Widerständen verbunden. Trotz des Widerstandes müssen die gesundheitsbasierten Häuser ihre Produkte vereinheitlichen und nicht zuletzt begreiflich für deren Patienten gestalten.

Das Krankenhaus wird im Allgemeinen als ein Dienstleistungsunternehmen angesehen, daher ist es wichtig, dass die Bildungsaspekte der Mitarbeiter eine besondere Bedeutung besitzen. Die Notwendigkeit, dass sich die Mitarbeiter kontinuierlich weiter qualifizieren

---

<sup>5</sup> Vgl. Wollscheid/Drees 2005, 3

<sup>6</sup> Vgl. Wollscheid/Drees 2005, 3

hat sich dabei als Erfolg durchgesetzt und wird positiv anerkannt. Besonders in den meisten Trägerstrukturen haben diese Qualifikationen bereits Rechnung getragen.<sup>7</sup>

Was der Begriff des Klinikmanagements genauer bedeutet, wird in dem darauffolgenden Punkt näher erläutert.

## 2.1 Begriffsdefinition

Der Begriff des Managements besitzt bereits reichlich existierende Definitionen. Über die Begriffe Leadership bzw. Führung lässt sich der Begriff des Managements genauer definieren. Management beschreibt den Zustand der Effektivität, „do the things right“ und Leadership bzw. Führung beschreibt im Gegensatz dazu die Effizienz, „do the right things“.<sup>8</sup>

Im Allgemeinen kann sich Klinikmanagement an verschiedene Managementprinzipien orientieren. Dabei ist zu beachten, dass das Klinikmanagement als eine branchenspezifische Form des Managements gilt.<sup>9</sup>

Die Aufgabe des Klinikmanagements besteht darin, die Mitarbeiter eines Krankenhauses sowie deren Führungskräfte, die materiellen Mittel, Prozesse und Systeme so zu koordinieren, dass die gewünschten Ergebnisse durch gewisse Strukturen und Abläufe erzielt werden können. Diese Ziele müssen in die Grenzen der Möglichkeit passen. Wie bereits in dem Kapitel „Klinikmanagement“ erfasst, werden Krankenhäuser als ein Dienstleistungsbetrieb anerkannt. Sie stehen in einem ständigen Wettbewerb mit anderen Einrichtungen

---

<sup>7</sup> Vgl. Wollscheid/Drees 2005, 4

<sup>8</sup> Vgl. Wollscheid/Drees 2005, 1

<sup>9</sup> Vgl. Stadelhofer, 2001

und sind wirtschaftlichen Zwängen sowie gesellschaftlichen Anforderungen ausgesetzt. Dabei sind die ständigen Verbesserungen im Gesundheitssystem zu beachten.<sup>10</sup>

Die Qualitätsverbesserung spielt hierbei eine wichtige Rolle. Sie gilt im Gesundheitsbereich als unabdingbar. Das führt dazu, dass alte Managementstrukturen abgebaut werden müssen. Den veralteten Führungsstrukturen wird in keiner Hinsicht mehr Beachtung geschenkt, denn wie in anderen Bereichen muss auch im Gesundheitsbereich für eine zeitgemäße Führungskompetenz gesorgt werden. Hierfür gibt es gewisse Gesetze der Ökonomie, die unter den besonderen Bedingungen eines Krankenhauses und unter der Berücksichtigung der ethischen Qualität, einzuhalten und anzuwenden sind. Aufgrund von staatlich vorgegebenen Strukturen ist das Klinikmanagement auf den stationären Gesundheitssektor beschränkt. Der Gesundheitssektor beinhaltet eigene Finanzierungs- und Vergütungssysteme. Die Politik wünscht sich eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit, vor allem zwischen den Grenzen des stationären und ambulanten Sektors. Dies soll insofern geschehen, dass in naher Zukunft eine Durchführung von sektorenbezogener Abgrenzung nicht mehr möglich ist. Um für eine Verbesserung zu sorgen, soll eine integrierte Versorgung sowie Gesundheitszentren aufgebaut werden.

Im Allgemeinen lässt sich zusammenfassen, dass sich im Bereich des Krankenhausmanagements wesentliche Entwicklungen getan haben. Darunter fällt vor allem die Entwicklung des Krankenhauses. Das Krankenhaus hat sich von einem „pricemaker“, Vergütung über Pflegesätze, zu einem „pricetaker“, Vergütung über Fallpauschalen, entwickelt. Die Folge davon ist eine Umstellung auf pauschalierte Entgelte, die auf die Krankenhäuser zugekommen ist. Aufgrund der darin enthaltenen regulierenden Maßnahmen ist das Selbstkostendeckungsprinzip abgelöst worden. In der Zukunft erwartet man eine zunehmende Deregulierung des weiter entwickelten Marktes.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Vgl. Stadelhofer 2001

<sup>11</sup> Vgl. Wollscheid/Drees, 2005

## 2.2 Führung

Die Führung gilt als ein Teil des Managementprozesses und umfasst die unmittelbare, bewusste und zielbezogene Einflussnahme auf andere Personen.<sup>12</sup>

Der Anteil der Führungsaufgaben, zu denen auch der Beruf der Führungskräfte zählt, wird sich in Zukunft mit einer steigenden Hierarchieebene immer weiter nach oben erhöhen. Der Anteil der Sachaufgaben, worunter der Beruf des Arztes und der Pflegekraft fällt, wird hingegen in den kommenden Jahren keine Führungsfunktion in einer Klinik mehr übernehmen können.<sup>13</sup>

„Die Herausforderung an Führungskräfte in Krankenhäusern werden immer größer“ (Malik 2006, 89). Um somit die Zukunftsfähigkeit eines Krankenhauses stärken zu können, ist es besonders entscheidend, dass eine gewisse Professionalität der Führung vorhanden ist.<sup>14</sup>

Das Malik Standardmodell der wirksamen Führung, welches auch unter dem Namen Maliks Führungsrad bekannt ist, schafft eine gewisse Voraussetzung für ein gemeinsames Führungsverständnis und gilt somit als Mittelpunkt der Selbstorganisationsfähigkeit eines Krankenhauses.<sup>15</sup> Der Begriff der Führungsarbeit sorgt bei vielen Unternehmen immer wieder für Unsicherheit. Um dieser ein Ende setzen zu können und eine gemeinsame Vorstellung vom Beruf der Führungskraft zu schaffen ist das Standardmodell entwickelt worden. Nach Malik ist jeder Beruf im Wesentlichen durch vier Elemente gekennzeichnet. Die vier Elemente beinhalten, die Grundsätze, Aufgaben, Werkzeuge und die Verantwortung. Zusammen bilden sie eine gewisse Grundstruktur des Führungsgrades.

Das Standardmodell wirksamer Führung nach Malik umfasst die wesentlichen Elemente des Managementberufes.

---

<sup>12</sup> Vgl. C. Stadelhofer 2001, 19f

<sup>13</sup> Vgl. Malik 2006

<sup>14</sup> Vgl. Malik 2006, 89

<sup>15</sup> Vgl. Malik 2006, 90



## Führungskräfte

Abbildung 1 Führungsrad (Quelle: malik-management.com)

Die Abbildung besteht aus fünf Kreisen, die denselben Mittelpunkt besitzen. Diese konzentrischen Kreise werden von innen nach außen formuliert. Die Verantwortung von Führungskräften bildet den Mittelpunkt der Abbildung. Dieser Kreis steht für die wirksame Verankerung von Verantwortung. Der zweite Kreis zeigt die sechs Grundsätze wirksamer Führung auf.

1. Ausrichtung auf Resultate
2. Beitrag für das Ganze
3. Konzentration auf Weniges
4. Stärken nutzen
5. Vertrauen
6. Konstruktives Denken

Diese sechs Grundsätze regulieren die Qualität mit der die Aufgaben erfüllt sind und die Werkzeuge eingesetzt werden. Sie orientieren sich daran, wie ein Manager zu handeln hat. Den dritten Kreis des Standardmodells stellt die Kommunikation dar. Sie wird als Medium verstanden, durch welches das ganze Handeln geschieht. Aufgrund einer nicht optimalen Organisation wird diese zum Problem der Kommunikation. Das Problem wird als Missverständnis in der Kommunikation bezeichnet. Auch wenn dadurch Kritik zum Vorschein kommt wird das Management weiter als eine Führung von Menschen in Organisa-



tionen bezeichnet. Diese Organisation ist an die Natur der Menschen anzupassen. Das Management vom Bekannten und das Management vom Neuen bilden die beiden äußeren Kreise. Sie beinhalten die selben Inhalte und Werkzeuge. Kreis Nummer vier und Kreis Nummer fünf sind in zwei Hälften aufgeteilt. Die obere Hälfte besteht aus fünf Segmenten während die untere Hälfte sieben Segmente enthält.<sup>16</sup>

Die Verfasserin resümiert, dass der Erfolg eines Krankenhauses sowohl von seinen medizinischen und pflegerischen Spitzenleistungen als auch von seinem wirtschaftlichen Erfolg abhängig ist. Diese Aspekte können nur durch ein funktionierendes professionelles Führungssystem sowie ein einheitliches Managementverständnis umgesetzt werden.

## 2.3 Klinikmarketing

„Klinikmarketing ist anders“ (Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Ennker).

Das im Klinikmarketing vorgegebene Konzept beschreibt im medizinischen Bereich zwei Seiten. Der zwingend notwendige Anspruch einer Klinik zur Bereitstellung und zur Aufrechterhaltung eines hohen Qualitätsstandards ihrer medizinischen und pflegerischen Leistungen die angeboten werden, steht auf der einen Seite. Auf der anderen Seite steht die stärker gewordene Kommunikation der Qualitätsstandards und Leistungen, die aufgrund der Gesundheitsreform immer notwendiger wird. Zu beachten ist, dass ethische und moralische Richtlinien dabei nicht überschritten werden dürfen.<sup>17</sup>

Klinikmarketing stellt nicht nur eine gewisse Form des Marketings dar, sondern dient den Krankenhäusern und bestimmten Klinikketten bei der Vermarktung. Die Dienstleistungen werden darin miteingebunden. Das Klinikmarketing bezieht sich vor allem auf das Leistungsprofil einer Klinik und die damit verbundenen Stärken, wodurch die Klinik Aufmerksamkeit erregen möchte. Das hat zu bedeuten, dass die Patienten nicht nur durch eigene

---

<sup>16</sup> Vgl. Malik (Hörbuch) 2011

<sup>17</sup> Vgl. Ennker/Pietrowski 2009

Erfahrungen auf die Qualität der Klinik aufmerksam gemacht werden sollen, sondern bereits im Vorfeld durch das Bild der Einrichtung das in der Öffentlichkeit steht. Außerdem sollen die Patienten durch die pflegerischen und fachlichen Kompetenzen des Krankenhauses überzeugt werden.<sup>18</sup>

Aufgrund der Globalisierung und der immer weiter wachsenden Märkte, werden die Produkte immer einheitlicher und somit stellt es für die Kliniken eine Schwierigkeit dar, sich durch ihre Leistungen am Markt abheben zu können. Durch ein gut strukturiertes und ausgearbeitetes Klinikmarketing kann sich die Klinik jedoch im Wettbewerbsumfeld als wiedererkennbare Marke durchsetzen und selbstbewusst auftreten. Dabei ist darauf zu achten, dass sich die Kliniken nicht nur auf ihr zielgerichtetes Marketing verlassen, sondern auch die anderen einflussnehmenden Bereiche beachten.

Deutlich sichtbar ist, dass der Kostendruck im Gesundheitswesen immer weiter nach oben ansteigt. Dadurch wird ein Wettbewerb ausgelöst, der dafür sorgt, dass das Klinikmarketing immer mehr an Bedeutung gewinnt und einen großen Stellenwert in den betriebswirtschaftlichen Abläufen einer Klinik einnimmt.

Das Klinikmarketing möchte mit seinen Aufgabenbereichen die direkten Kunden erreichen. Mit direkten Kunden sind hierbei die Patienten der Kliniken zu verstehen. Der Patient wird somit in den Vordergrund der Denkweise gelegt und das Wohl des Patienten wird als treibende Kraft angesehen. Die, den jeweiligen Patienten zugewiesenen Ärzte, werden als Vermittler oder sogenannte Zuweiser verstanden. Daraus ergibt sich, dass die Ansprache eines Arztes einen eigenen Stellenwert besitzt. Sie wird als Zuweisermarketing bezeichnet. Zu den weiteren Zielgruppen zählen Angehörige des Patienten, Bewerber und Journalisten. Journalisten spielen hierbei eine Rolle, da auch die Medien für das Klinikmarketing von wirksamer Bedeutung sind. Das Klinikmarketing besitzt ein breites Spektrum an Medien, das von der Suchmaschinenoptimierung bis hin zu Plakaten, Anzeigen und auch Infobroschüren reicht.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Vgl. Ennker/Pietrowski 2009

<sup>19</sup> Vgl. Ennker/Pietrowski 2009

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Klinikmarketing den Einrichtungen als ein Hilfsmittel dient, um als ein komplexes, medizinisch kompetentes, wirtschaftliches Großunternehmen angesehen werden zu können.

### **3. Qualitätsmanagement**

„Unter Qualitätsmanagement versteht man – entsprechend der Definition nach DIN EN ISO 9000:2005 – aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation, die darauf abzielen, die Qualität der produzierten Produkte oder der angebotenen Dienstleistungen zu verbessern“ (Eberl/Landgraf 2008).

In der Medizin gewinnt Qualitätsmanagement immer mehr an Bedeutung und Akzeptanz. Seit dem Jahr 1999 ist Qualitätsmanagement, aufgrund des Änderungsgesetzes des Sozialgesetzbuches (SGB) V, gesetzlich gefordert. Um Patienten vor vermeidbaren versorgungsbedingten Schäden zu schützen, hat das Qualitätsmanagement die Aufgabe, einen gesundheitlichen Nutzen vorzuweisen sowie gesundheitsökonomisch relevant zu sein.<sup>20</sup>

#### **3.1 Qualitätsbegriff**

Der Begriff Qualität stammt grundsätzlich aus dem lateinischen „qualitas“, welcher mit dem Wort Beschaffenheit umschrieben werden kann. Diese Beschaffenheit wird anhand von subjektiven Bewertungen sowie objektiven Merkmalen bestimmt. „Qualität stellt sich als die Gesamtheit der charakteristischen Beschaffenheit beziehungsweise Eigenschaften

---

<sup>20</sup> Vgl. Eberl/Landgraf 2008

einer Person oder einer Sache dar.“ Sie ist das Verhältnis einer realisierten und geforderten Beschaffenheit.<sup>21</sup>

Aufgrund von einer in der Literatur anzutreffenden Vielzahl des Begriffs Qualität, geht man davon aus, dass es sich bei dem Qualitätsbegriff um einen sehr vielschichtigen Begriff handelt. Das was Qualität ist bzw. sein sollte, davon hat jeder Mensch, jede Branche, jedes Unternehmen und jeder Wirtschaftszweig, eine individuell geprägte Vorstellung.

Im menschlichen Sprachgebrauch beschreibt die Qualität zwei Seiten. Auf der einen Seite die Beschaffenheit und auf der anderen Seite die Bedeutung einer Bewertung. Dabei wird die gute oder die schlechte Qualität umschrieben. Aufgrund der subjektiven und objektiven Elemente aus denen die Qualität konzeptionell besteht, spricht man bei der subjektiven Form von einer zufrieden stellenden Qualität. Die objektive Form hingegen beschreibt den Zustand von hoher oder niedriger Qualität. Bei genauerer Betrachtung stellt man fest, dass alle Qualitäten von subjektiver Natur sind und deren Eigenschaften durch subjektive Wahrnehmungen geprägt werden. Sofern die Patientenversorgung auf die gewissen Anforderungen und Bedürfnisse der beteiligten Personen eines Behandlungsprozesses bestmöglich darauf abgestimmt werden, erst dann ist die Qualität gegeben.<sup>22</sup>

Laut der Definition der DIN- ISO Norm versteht man unter dem Begriff Qualität die gesamten Eigenschaften und Merkmale eines einzelnen Produktes oder einer Dienstleistung. Diese haben sich auf deren Eignung zur Erfüllung von festgelegten oder bereits vorausgesetzten Erfordernissen zu beziehen.

Im Qualitätsmanagement (QM) wird der Qualitätsbegriff nach der ISO- Norm als eine Erfüllung von Anforderungen definiert. Die Anforderungen die gestellt werden, bestimmt derjenige der das Produkt bzw. die Leistung in Anspruch nimmt. Als Anspruchsnehmer wird hier der Kunde gesehen. Neben den Produkten bzw. den Leistungen werden fachli-

---

<sup>21</sup> Vgl. Qualitätsmanagement – Begriffe, Grundprinzipien, Anwendung im Gesundheitswesen 2010

<sup>22</sup> Vgl. Qualitätsmanagement – Begriffe, Grundprinzipien, Anwendung im Gesundheitswesen 2010

che und gesetzliche Anforderungen gestellt, in denen werden die Kundenbedürfnisse hinsichtlich ihrer Sicherheit, formuliert.<sup>23</sup>

Die Qualität ergibt sich daraus, wenn ein Produkt oder eine Leistung die gestellten Anforderungen erfüllt. Aus diesem Grund gibt es im Allgemeinen nur gute oder schlechte Qualität. Die Qualitätsmerkmale werden grundsätzlich von den Kunden definiert und sind von Kosten- Nutzen- Erwägungen geprägt. Aufgrund von unterschiedlichen Interessenslagen der individuellen Patienten, können diese andere Anforderungen an das Produkt stellen und somit die Qualität desselben Produktes auf unterschiedliche Art und Weise beurteilen. Auch im wirtschaftlichen Bereich orientiert sich die Fertigung eines Produktes oder eines Angebotes von Dienstleistungen an den Kundenwünschen. Dabei werden Funktion, Lieferzeit, Preis und Service berücksichtigt. Um den Bedarf und die erforderlichen Qualitätsmerkmale möglichst genau einschätzen zu können, bemüht sich die Marktforschung um Beobachtungen, Datenerhebungen und –analysen. Diese Faktoren fließen am Ende mit in das Angebot ein. Hierbei muss man den Unterschied zum Gesundheitswesen klar verdeutlichen. Der Unterschied zum Gesundheitswesen liegt darin, dass die Patienten, die als Kunden bezeichnet werden, ihre gewünschten Anforderungen nicht genau in dem Ausmaß schildern und konkretisieren können, wie zum Beispiel bei einem Friseurbesuch. Dafür sind sie in diesem Bereich zu wenig unterrichtet worden.<sup>24</sup>

Um die Qualitätsmessung im Gesundheitsbereich fassbarer zu machen hat Donabedian (1980) Qualitätsdimensionen eingeführt. Er teilt sie in drei unterschiedliche Kategorien:

1. Strukturqualität (structure)
2. Prozessqualität (process)
3. Ergebnisqualität (outcome)

Das Modell nach Donabedian (1980) bezieht sich zunächst auf die medizinischen Leistungen im Gesundheitssektor.

---

<sup>23</sup> Vgl. Qualitätsmanagement – Begriffe, Grundprinzipien, Anwendung im Gesundheitswesen 2010

<sup>24</sup> Vgl. Qualitätsmanagement – Begriffe, Grundprinzipien, Anwendung im Gesundheitswesen 2010, 6

Unter Strukturqualität versteht Donabedian zunächst die strukturellen Charakteristika eines Krankenhauses, d.h. die zur Leistungserbringung notwendigen Fähigkeiten. Damit sind die Qualifikationen des Personals, die Qualität und Quantität der Ressourcen, sowie die technischen Mittel der Institution gemeint.

Die Prozessqualität umfasst alle Maßnahmen, die während einer Behandlung notwendig sind. Mit der Hilfe von Standards und Kriterien kann die Qualität im Behandlungsverlauf und der Behandlungsausführung nicht nur beschrieben sondern auch beurteilt werden. Dabei sind spezifische Situationen und individuelle Krankheitsmerkmale zu beachten. Donabedian beschreibt einen Prozess als eine aufeinander folgende Reihe von wiederkehrenden Handlungen. Damit die Prozesse erfolgreich ablaufen können, müssen sie möglichst effizient und effektiv ablaufen. Daher gilt die Prozesskategorie auch als eine der wichtigsten und aussagekräftigsten Kategorien und wird als zentrales Instrument des QM angesehen.

Die Ergebnisqualität im Gesundheitswesen bildet die wichtigste Grundlage für die Evaluation der erbrachten Leistung. Sie bezeichnet die Wiederherstellung und/oder die Verbesserung von einem psychischen, physischen und sozialen Zustand eines Patienten von der Aufnahme bis hin zur Entlassung der Einrichtung.

Obwohl der Prozessqualität eine große Bedeutung zugeschrieben wird ist die Ergebnisqualität hingegen als eine wichtige Bezugsgröße zur Beurteilung der Qualität zu betrachten. Sie kann anhand von objektiven Veränderungen, z.B. der Verbesserung des Krankheitszustandes bis hin zu subjektiven Kriterien, z.B. der Patientenzufriedenheit, gemessen werden. Trotzdem reicht die Ergebnisqualität für eine umfassende Qualitätsmessung nicht aus. Nur im Zusammenhang mit den beiden anderen genannten Kategorien lässt sich ein klares Qualitätsergebnis darstellen.

Das Modell nach Donabedian zeigt auf, dass sich die drei Qualitätsdimensionen untereinander beeinflussen. Die Strukturen und Ressourcen, die vorgegeben werden, beeinflussen die Prozesse. Diese wiederum bestimmen die gemessene Ergebnisqualität mit. Daher hat das QM die Aufgabe, die einzelnen Einflussfaktoren die aufeinander treffen, in die Richtung der optimalen Qualität zu lenken. Das ist der Grund, warum in der Praxis die Mitarbeiter die Aufgabe haben, dass in der Einrichtung möglichst alle vorhandenen Ressourcen durch eine optimale Prozessgestaltung eine dementsprechende Wertschöpfung

und einen daraus resultierenden Kundennutzen ziehen. Sofern dieses Ziel erreicht wird, kann eine erfolgreiche Zukunftssicherung in der Einrichtung stattfinden.<sup>25</sup>

Die drei Qualitätsdimensionen nach Donabedian werden am Beispiel der Medizin noch einmal schematisch in der folgenden Abbildung dargestellt.

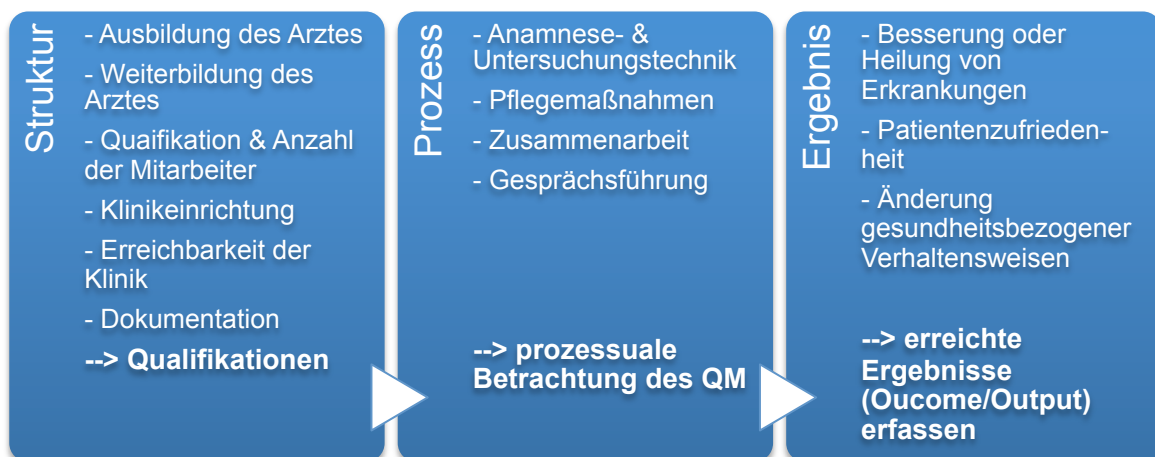


Abbildung 2 Qualitätsdimensionen (Quelle: in Anlehnung an Kukla, 2015, S.33)

### 3. 2 Definition Qualitätsmanagement

Im Allgemeinen beschreibt das Management das Führen und Steuern einer Organisation. Es dient der Organisation des betrieblichen Geschehens. Das Ziel dabei ist eine patientenorientierte Optimierung klinikinterner Entscheidungsprozesse und Abläufe.<sup>26</sup> Angefangen wird bei der Entwicklung der Ziele und der Vermittlung der Mitarbeiter. Dabei müssen die Veränderungsprozesse im Hinblick auf die Ziele eingeleitet und gesteuert werden.

<sup>25</sup> Vgl. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2010

<sup>26</sup> Vgl. Qualitätsmanagement – Begriffe, Grundprinzipien, Anwendung im Gesundheitswesen 2010, 8f

Damit der Prozess problemlos ablaufen kann, ist es wichtig, die Mitarbeiter in den Prozess miteinzubeziehen.

„Qualitätsmanagement meint das Führen und Steuern der Organisation hinsichtlich der Qualität ihrer Leistungen und Produkte. Qualitätsmanagement umfasst die Bereiche: Qualitätsziele, Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung, Qualitätsverbesserung“ (Qualitätsmanagement – Begriffe, Grundprinzipien, Anwendung im Gesundheitswesen 2010, 8f).

Der Bereich der Qualitätssicherung wird als ein zentraler Bestandteil des QM angesehen. Dort sind alle Maßnahmen die für die Umsetzung der festgelegten Qualitätsanforderungen benötigt werden, beinhaltet. Damit ein Krankenhaus an Sicherheit gewinnt, müssen strategische Ausrichtungen, Innovationen und Kreativität sichergestellt werden. Dadurch können wiederum Risiken und Optimierungspotenziale identifiziert werden und Fehler zum größten Teil vermieden werden. Damit auch die Qualitätsverbesserung vorhanden ist, ist eine Durchführung der angestrebten Qualitätsziele sowie Resultate vorauszusetzen. Diese sind transparent zu halten und sollen stetig kommuniziert werden.<sup>27</sup>

Zugehörig zum Qualitätsmanagement ist der PDCA- Zyklus nach Edward Deming auch unter Deming- Kreis bekannt. In diesem PDCA- Zyklus wird das Grundprinzip des Managements auf einfache Weise dargestellt. Der Zyklus wird im Qualitätsmanagement auf den Umgang mit Qualität angewendet. Die Abkürzung von PDCA steht für plan- do- check- act und beschreibt das Grundprinzip des Qualitätsmanagements. Der PDCA- Zyklus wird als ein ständiger Kreislauf gesehen. Das geplante Tun, welches ständig überprüft wird und die Ergebnisse der Überprüfung werden am Ende als Verbesserung in den Prozess zurückgespeist und der Zyklus beginnt von Neuen.

„Plan“ steht hierbei für die Festlegung der Ziele und beschreibt die Maßnahmen zur Zielerreichung mittels einer Analyse der Ausgangssituation. „Do“ beschreibt die Ausführung der geplanten Maßnahmen zur Zielerreichung. Es beschreibt die Arbeitsabläufe bzw. die Prozesse mit festgelegten Verantwortlichkeiten sowie Befugnissen. „Check“ ist die Über-

---

<sup>27</sup> Vgl. Qualitätsmanagement – Begriffe, Grundprinzipien, Anwendung im Gesundheitswesen, 2010



prüfung die mittels Kennzahlen oder Indikatoren ausgeführt wird. Es wird begutachtet, ob die Prozesse wie geplant ablaufen und inwieweit die Ziele und Verbesserungen erreicht worden sind. „Act“ ist der letzte Schritt des PDCA Zyklus. Man reagiert auf bestimmte Abweichungen und setzt die Konsequenzen die in der Überprüfung festgestellt worden sind um. Sofern die geplanten Ziele nicht erreicht werden, müssen die bisher getroffenen Maßnahmen neu bestimmt werden. Haben sich die Maßnahmen bewährt, dürfen sie in die Routine übernommen werden. Bei den letzten beiden Schritten, check und act, kommt es häufig zu Unklarheiten. Das Problem liegt darin, dass die Abläufe für gut angesehen werden, obwohl sie meist gar nicht überprüft worden sind. Oftmals ist der Grund auch, dass sie zum Ritual geworden sind. Es ist bereits vorgekommen, dass gewisse Messungen durchgeführt worden sind, obwohl sie keine Erfassung von relevanten Faktoren besitzen. Aber Messungen sind auch schon in eine Qualitätsverbesserung geschickt worden, obwohl keine Konsequenzen aus der Überprüfung hervorgerufen werden konnten. Sobald der PDCA- Zyklus einmal vollständig durchgelaufen ist, sind die Ziele erreicht. Daraufhin können neue Planungen und neue Zielvorgaben erfolgen. Der Kreislauf wird stetig wiederholt und führt zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Kernanforderung von allen QM-Systemen. Der Zyklus wird für das QM-System selbst und für alle relevanten Aktivitäten angewandt. Daraus ergibt sich nicht nur ein PDCA- Zyklus, sondern mehrere.<sup>28</sup>

Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind in Deutschland durch den Gesetzgeber dazu verpflichtet, die Qualitätssicherungsmaßnahmen umzusetzen und ein internes Qualitätsmanagementsystem einzuführen. Denn die Erfüllung von Qualitätsansprüchen ist ein zentraler Bestandteil einer täglichen Arbeit in einem Krankenhaus und wird daher als ein Unternehmensziel verankert. Damit sich das Qualitätsmanagement weiterentwickeln kann sind regelmäßige Qualitätsprüfungen durchzuführen.

---

<sup>28</sup> Vgl. Qualitätsmanagement – Begriffe, Grundprinzipien, Anwendung im Gesundheitswesen 2010, 8f

### 3.3 Patientenzufriedenheit

„Die menschliche Zufriedenheit ist ein komplexes Konstrukt, das von zahlreichen Faktoren wie Lifestyle, eigenen Erfahrungen, zukünftigen Erwartungen sowie Werten des Individuums als auch der gesamten Gesellschaft beeinflusst wird“ (Carr-Hill 1992, 9).

#### 3.3.1 Begriffsdefinition

Der Begriff der Patientenzufriedenheit lässt sich in der Literatur nicht auf einen einheitlichen Begriff beschränken. Viele Begriffe beschreiben das subjektive Erleben, hingegen andere mehr auf den Aspekt der Bewertung zu einer bestimmten Therapie eingehen.<sup>29</sup>

Allgemein lässt sich die Zufriedenheit als eine emotionale Reaktion auf ein bestimmtes Ergebnis einer kognitiven Bewertung beschreiben. Dabei wird zwischen der erwarteten Leistungen, dem Soll- Zustand und der subjektiven wahrgenommenen Anbieterleistung, dem Ist- Zustand, unterschieden. Sofern eine geringe Ist- Leistung vorhanden ist führt dies zu einer Unzufriedenheit. Daher lässt sich die Patientenzufriedenheit mit dem Konzept der Kundenzufriedenheit vergleichen und einfacher ableiten.<sup>30</sup> „Patientenzufriedenheit wird als ein Teil der Qualität der medizinischen und psychologischen Versorgung betrachtet. Sie stellt die subjektive Bewertung einer medizinischen Versorgungsleistung durch den Patienten dar. Grundlage dieser Bewertung ist das Ausmaß der Erfüllung a priori bestehender Erwartungen. Patientenzufriedenheit lässt sich in verschiedene Dimensionen untergliedern, die settingsspezifisch variieren können. Das führt dazu, dass Patientenzufriedenheit in der Forschungspraxis letztlich oft operational definiert wird“

---

<sup>29</sup> Vgl. Hirschelmann, 9

<sup>30</sup> Vgl. Ziesche, 51f

### 3.3.2 Formen der Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit steht in einem engen Zusammenhang mit der Qualität der Versorgung. Die Patientenzufriedenheit wird jedoch in drei unterschiedlichen Dimensionen zusammengefasst. Zunächst wird die Patientenzufriedenheit als ein Ziel der medizinischen Versorgung und Behandlung angesehen. Daraus ergibt sich, dass die Zufriedenheit der Patienten zu einer Qualitätskomponente wird. Sie zählt daher als ein möglicher Indikator für die Qualität in einem Versorgungsprozess. Zweitens gilt die Patientenzufriedenheit als ein Bestandteil von Gesundheit und hat somit eine salutogene (gesundheitsfördernde) Wirkung auf die Patienten. Daher ziehen diese aus ihren Erfahrungen mit der jeweiligen Versorgung im Gesundheitswesen einige Konsequenzen. Diese betreffen ihr eigenes Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Einrichtungen. Daraus resultierend lässt sich sagen, dass Zufriedenheit das Verhalten steuern kann. Die dritte Dimension beschreibt die Patientenzufriedenheit als ein Mittel der Qualitätssteigerung, denn zufriedene Patienten besitzen eine größere und verbesserte Übereinstimmung mit dem Handeln der Regelungen in Krankenhäusern. Zu beachten ist, dass sich in den Jahren die Rolle des Patienten gewandelt hat. Der Patient stellt nun veränderte Erwartungen an die krankenhäuslichen Einrichtungen. Er fordert eine größere Integration in den medizinischen Entscheidungsprozess und möchte verständlichere Informationen erhalten. Der Patient hat auf alle aufgelisteten Aspekte einen Anspruch, da auch die Berücksichtigung der Persönlichkeitsrechte stärker geworden ist.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Vgl. Ziesche, 50

### 3.4 Methoden der Qualitätsmessung

#### 3.4.1 EFQM

Die European Foundation for Quality Management (EFQM) ist im Jahr 1988 als eine gemeinnützige Organisation auf Mitgliederbasis mit der Unterstützung der Europäischen Kommission von vierzehn europäischen Unternehmen in den Niederlanden gegründet worden.<sup>32</sup> Die Mission der EFQM ist es, eine treibende Kraft für nachhaltige Excellence in Europa zu sein und gleichzeitig die europäischen Organisationen im internationalen Wettbewerb zu stärken.<sup>33</sup> „Die EFQM hat ihren Sitz in Brüssel und ist Partnerschaften mit verwandten nationalen Organisationen eingegangen, um das Gedankengut der nachhaltigen Excellence besser in Europa verbreiten zu können“ (Römer 2014). Etwa 800 Organisationen aus den meisten europäischen Ländern sind bis hin zum Jahr 2003 Mitglied geworden. Aus diesem Grund kann das EFQM-Modell für Excellence in Europa als etabliert angesehen werden.<sup>34</sup> Es gilt als ein adäquates Hilfsmittel, dass den Organisationen eine allgemeine Hilfestellung gibt und gleichzeitig den Status, in Bezug auf die anzustrebende Excellence, anzeigt. 1991 ist das EFQM-Modell für Business Excellence als eine Rahmenrichtlinie für die Selbsteinschätzung von Organisationen und als Basis für ein dreistufiges Auszeichnungsprogramm auf den Markt gebracht worden und hilft Lücken zu erkennen und bietet den Organisationen eine Anregung dazu, Lösungen zu finden. Das Modell basiert auf grundlegenden Konzepten, die auf das jeweilige Unternehmen anzupassen sind, somit kann es im öffentlichen wie auch im privaten Bereich von allen Organisationen eingesetzt werden. Die Konzepte sind bewusst offen formuliert um durch eine individuelle Vorgehensweise bei der Umsetzung einer Zielsetzung die Spitzenqualität zu erreichen. Denn das EFQM-Modell ist im Gegensatz zur Qualität und Entwicklung in Praxisen (QEP) und Kooperation für Transparenz und Qualität (KTQ) nicht speziell für den Gesundheitssektor entwickelt worden.<sup>35</sup> „Das Qualitätsmanagementsystem nach EFQM stellt ein Beispiel für ein Total Quality Management dar“ (Amelung/Mühlbacher/Krath 2017) und

---

<sup>32</sup> Vgl. Römer 2014

<sup>33</sup> Vgl. Sommerhoff 2013, 5

<sup>34</sup> Vgl. Römer 2014

<sup>35</sup> Vgl. Amelung/Mühlbacher/Krath 2017

soll als ein Unternehmensmodell eine ganzheitliche Sicht auf die jeweilige Organisation ermöglichen. Daher lassen sich in dem EFQM- Ansatz neun Segmente voneinander unterscheiden. Diese neun Kriterien sind noch einmal in weitere Unterkriterien unterteilt. Auf der einen Seite stehen die fünf Befähiger- bzw. Voraussetzungskriterien. Dazu gehören die Führung, die Politik und Strategie, die Mitarbeiter, Partnerschaften und Ressourcen sowie die Prozesse. Auf der anderen Seite stehen die vier Ergebniskriterien, zu denen nicht nur die mitarbeiter- und kundenbezogenen Ergebnisse gehören, sondern auch die gesellschaftsbezogene- und Schlüsselergebnisse. Diese Kriterien gehören zu dem EFQM- Prozess und besitzen einen unterschiedlichen Bedeutungsgrad. 20% machen allein die kundenbezogenen Ergebnisse aus. Mit 14% nehmen die Prozesse im EFQM eine sehr dominante Stellung, auf Seite der Befähiger ein.<sup>36</sup> „Dadurch wird die starke Konzentration des Modells auf die Ausrichtung der Organisation auf die Kundenbeziehung verdeutlicht“ (Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017)

Ziel des Verfahrens ist es, eine Erzielung nachhaltiger Excellence auf beiden Seiten der Bereiche zu erhalten.

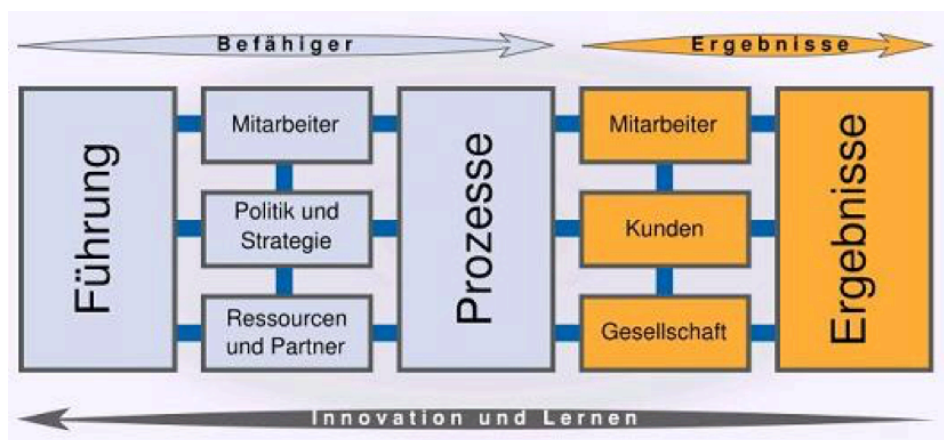


Abbildung 3 EFQM- Modell (Quelle: wirtschaftslexikon.gabler.de)

Das EFQM- Modell kann als ein Instrument betrachtet werden, das eine gewisse Hilfestellung für den Aufbau und die kontinuierliche Weiterentwicklung des Managementsystems für ein Unternehmen darstellt. Die Kundenorientierung ist hierbei besonders stark und

<sup>36</sup> Vgl. Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017

zählt zu einem der acht Grundprinzipien auf denen das Qualitätsmanagement der EFQM aufbaut. Ebenso dazu gehört die Entwicklung von Partnerschaften, vor allem in Bezug auf die Lieferanten. Die gesellschaftliche Verantwortung, Ergebnisorientierung, Mitarbeiterbeteiligung und Mitarbeiterentwicklung, das Management mittels Prozessen und Fakten, Führung und Zielkonsequenz sowie das kontinuierliche Lernen, die Innovation und Verbesserung sind bei der Entwicklung nicht wegzudenken.<sup>37</sup>

Die Zertifizierung nach EFQM ist ähnlich wie QEP und KTQ, sie ist freiwillig, dennoch kostenpflichtig.<sup>38</sup> „Die von der EFQM empfohlene Strategie zur Verbesserung der Leistung besteht in der Einführung eines Selbstbewertungsprozesses. Die Selbstbewertung ist eine umfassende, systematische und regelmäßige Überprüfung der Tätigkeiten und Ergebnisse in der Organisation“ (Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017). Dazu gibt es einen EFQM-Katalog, in diesem beantwortet ein Unternehmen die zusammengefassten Fragen zu den neuen Kriterien des EFQM- Modells. Dabei kann man in den Befähiger- bzw. Voraussetzungskriterien und den Ergebniskriterien bis zu jeweils 500 Punkten erzielen. Jede Organisation kann an diesem dreistufen Auszeichnungsprogramm, dem sogenannten Levels of Excellence teilnehmen. Dafür ist jedoch eine erfolgte Selbstbewertung des Unternehmens notwendig.<sup>39</sup> „Voraussetzung für eine Auszeichnung oder eine Zertifikatsverleihung ist darüber hinaus die externe Begutachtung durch EFQM- Validatoren, die Priorisierung und Durchführung von Verbesserungsprojekten und/oder die Erreichung einer Mindestpunktzahl in der Bewertung“ (Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017). Das Bewertungsverfahren basiert auf einer IST- Analyse.

Die Zertifikate „Committed to Excellence“ und „Recognized für Excellence“ sind bei dem dreistufigen Verfahren zu erhalten. Sie haben eine Gültigkeitsdauer von zwei Jahren und beinhalten den EFQM- Preis „European Excellence Award“. Dieser Preis wird seit dem Jahr 1992 jährlich ausgeschrieben und nur die besten Unternehmen aus den Kategorien

---

<sup>37</sup> Vgl. Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017

<sup>38</sup> Vgl. Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017

<sup>39</sup> Vgl. Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017

der Großunternehmen, Organisationseinheiten, öffentlicher Sektor und kleine und mittlere Unternehmen mit weniger als 250 Mitarbeiter können diesen erhalten.<sup>40</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Anwendung des EFQM- Modells in den letzten Jahren im Gesundheitswesen für die Zertifizierung im Vergleich zur Anwendung der ISO 9001, an Bedeutung verloren hat.<sup>41</sup>

### 3.4.2 KTQ

Die Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus ist im Jahr 2002 gegründet worden. Zwei Jahre später ist es in Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen umbenannt worden. „Die Kooperation ist eine Gesellschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflgerates“. Die KTQ ist mit dem Ziel einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in Krankenhäusern gegründet worden. „Inzwischen ist das KTQ-Verfahren das im deutschen Krankenhausbereich am weitesten verbreitete Zertifizierungsverfahren“ (Springer Gabler Verlag). Auch in Österreich gilt das KTQ als ein weit verbreitetes anerkanntes Verfahren.

Das Modell der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen stellt ein praxisbezogenes Verfahren zur Beurteilung der Qualität und Sicherheit dar. Dieses Verfahren stellt im Gesundheitssektor eine praxisnahe Orientierung für das in den Einrichtungen verwendete Qualitätsmanagement zur Verfügung.<sup>42</sup> Das Modell hat sich die Ziele gesetzt, die Transparenz der Leistungsqualität zu erhöhen, die medizinischen Leistungen und Prozesse im Sinne des Patienten zu optimieren und die Motivation für neue Elemente der Qualitätssicherung zu implementieren. Auch bei dem KTQ- Modell gibt es ein Zertifizierungsverfahren, welches es ermöglicht eine wissenschaftlich fundierte Analyse und

---

<sup>40</sup> Vgl. Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017

<sup>41</sup> Vgl. Kukla 2015, 27ff

<sup>42</sup> Vgl. KTQ- GmbH 2015

Bewertung des Qualitätsmanagements im Krankenhaus durchzuführen. Vorgesehen war ein krankenhausspezifisches Verfahren. Seit dem Jahr 2004 ist das Modell auch auf weitere Bereiche des Gesundheitswesens, wie zum Beispiel Arztpraxen oder Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation ausgeweitet.<sup>43</sup>

Das KTQ- Modell beschreibt sechs Kategorien bzw. Themenbereiche. Diese beinhalten Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit- Risikomanagement, Informations- und Kommunikationswesen, Unternehmensführung und Qualitätsmanagement. Diese Kategorien zeigen eine Form, mit der im KTQ- Modell sämtliche Prozesse im Gesundheitsbereich dargestellt werden können. Um anhand von Kategorien den gesamten Ablauf bzw. Prozess der Krankenversorgung überprüfen zu können, ist eine Zertifizierung nach KTQ hilfreich.<sup>44</sup> Dieses Zertifizierungsverfahren ist wie die EFQM grundsätzlich freiwillig aber kostenpflichtig. Die Zertifizierung ist eine Bestätigung dafür, dass das System sowie die Strukturen und Abläufe dem KTQ- Kriterienkatalog ausreichend entsprechen. Denn KTQ ist selbst kein Qualitätsmanagementsystem sondern lediglich ein Bestand eines vorhandenen Qualitätsmanagementsystems. Eine einzelne Einrichtung muss demnach in allen Kategorien mindestens 55% der Anforderungen erreichen.<sup>45</sup>

„Das Zertifizierungsverfahren besteht aus mehreren Stufen“ (vgl. Springer Gabler Verlag).

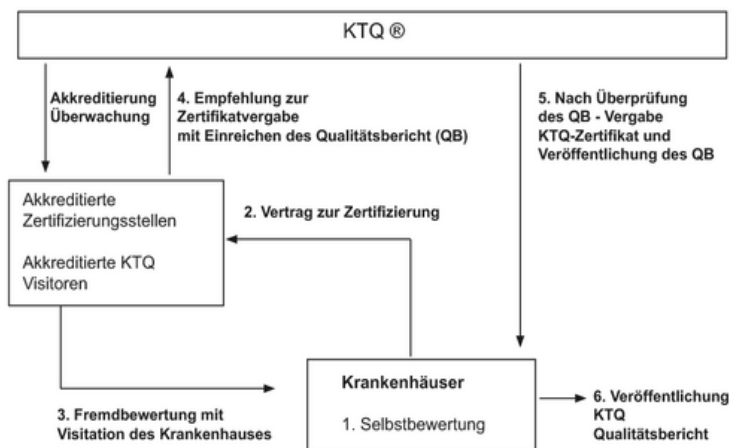


Abbildung 4 Stufenmodell (Quelle: wirtschaftslexikon.gabler.de)

<sup>43</sup> Vgl. Kukla 2015, 29f

<sup>44</sup> Vgl. Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017

<sup>45</sup> Vgl. Springer Gabler Verlag



Dieses Stufenmodell beschreibt zum einen die Selbstbewertung der Krankenhäuser, der Vertrag zur Zertifizierung, die Fremdbewertung mit Visitation des Krankenhauses und zum anderen die Empfehlung zur Zertifikatsvergabe mit Einreichen des Qualitätsberichts, die Zertifizierung sowie die Veröffentlichung des KTQ- Qualitätsberichts. Die an erster Stelle stehende Selbstbewertung wird von einem Krankenhaus selbst erstellt, nach den Vorgaben des KTQ- Manual. Dieser Fragenkatalog, der im Mittelpunkt des KTQ- Verfahrens für jedes Krankenhaus steht, ist in sechs Themenbereiche gegliedert. Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Kommunikations- und Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement.<sup>46</sup>

Der KTQ- Katalog beschreibt insgesamt 72 Kriterien und 20 Subkategorien, nach denen sich im Rahmen der Selbstbewertung jedes Krankenhaus selbst beschreibt. Somit werden Aussagen über die Qualität der Prozessabläufe getroffen und die eigene Leistung wird anschließend anhand der KTQ- Bewertungssystematik bewertet.<sup>47</sup> „Den einzelnen Kriterien des Katalogs sind dabei Fragenpakete zugeordnet, die sich im Sinne des Deming-Qualitätszyklus nach dem Schema Plan-Do-Check-Act gliedern“ (Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017), und die Grundlage für die Punktwertung bilden. Die Summe der errechneten Punkte ergibt zum Schluss die Gesamtpunktzahl für das Krankenhaus.

Plan steht dabei für die Festlegung von den zu erreichenden Zielen und die Entscheidung von Methoden und Strategien, mit denen die bestimmten Ziele erreicht werden sollen. Do beschreibt die Steuerung und die konsequente Umsetzung der festgelegten Methoden und Strategien, damit die Ziele erreicht werden können und die Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Check ist die Überprüfung, inwieweit die Anforderung an Qualität und auch die Ziele die festgelegte Methoden und Strategien besitzen, tatsächlich erreicht worden sind. Und Act ist die Festlegung von zukünftigen Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup> Vgl. Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017

<sup>47</sup> Vgl. Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017

<sup>48</sup> Vgl. Ditton 2007, 83-92

Die Kriterien die für die Qualität der Patientenversorgung und für die Organisation im Unternehmen entscheidend sind, werden als Kernkriterien bezeichnet und erhalten in der Bewertung eine höhere Gewichtung. Der daraus resultierende Selbstbewertungsbericht der dadurch entsteht bietet eine gewisse Hilfe für die Übersicht über den Stand des Qualitätsmanagements. Er ist allerdings nicht an eine direkt nachfolgende KTQ- Zertifizierung gebunden.<sup>49</sup> „Am Ende der Selbstbewertung entscheidet das Krankenhaus, ob es eine Zertifizierung beantragt oder noch Verbesserungen durchzuführen sind“ (Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017).

Bei der Fremdbewertung mit Visitation des Krankenhauses erfolgt zunächst eine Prüfung der Selbstbewertung durch die Zertifizierungsstelle. Die Zertifizierungsstelle entscheidet weitestgehend darüber ob die Selbstbewertung angenommen oder abgelehnt wird. Wird die Selbstbewertung angenommen, erfolgt eine theoretische Ersteinschätzung der Selbstbewertung sowie eine Überprüfung des Krankenhauses durch externe Visitoren. Durch die externen Visitoren findet die unabhängige Fremdbewertung statt. Sofern die Fremdbewertung positiv ausgefallen ist, geben die Visitoren eine Empfehlung für die Verleihung des KTQ- Zertifikats durch die KTQ ab. Dieses Zertifikat wird bei einer erfolgreichen Teilnahme am Prozess für drei Jahre verliehen. Danach kann eine Re- Zertifizierung erfolgen. Dies bedeutet, dass eine Überprüfung der Managementsystem- Dokumentation und ein Audit vor Ort stattfindet. Sofern der Bericht abgelehnt wird, werden Verbesserungsvorschläge vorgenommen und der Prozess beginnt von vorne.<sup>50</sup> Die letzte Kategorie des Zertifizierungsverfahrens stellt die Veröffentlichung eines standardisierten KTQ- Qualitätsberichts durch die KTQ auf der KTQ- Homepage dar.

Zusammenfassend ergibt sich, dass das KTQ- Verfahren selbst kein Qualitätsmanagementsystem bietet, sondern ein bereits bestehendes Qualitätsmanagementsystem voraussetzt. Das Verfahren bietet lediglich eine praxisnahe Orientierung für die im Gesundheitswesen bestehenden Einrichtungen an.<sup>51</sup>

---

<sup>49</sup> Vgl. Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017

<sup>50</sup> Vgl. Amelung/Mühlbacher/Krauth 2017

<sup>51</sup> Vgl. Kukla 2015, 29f

### 3.4.3 Joint Commission International

JCI steht für den internationalen Joint Commission International Qualitätsstandard. Die Erwartungen des JCI- Standards werden hinsichtlich der Leistungen, Strukturen und Prozesse definiert. Diese Erwartungen sind von einem Krankenhaus aufzuweisen, um von der JCI akkreditiert werden zu können. Der JCI enthält internationale Patientensicherheitsziele, die als Standards angesehen sind und bei Befragungen vor Ort bewertet werden. Die Joint Commission besitzt ein Zertifizierungsverfahren, das speziell für das Gesundheitswesen, mit einem patientenzentrierten Fokus entwickelt worden ist. Im Katalog der Joint Commission sind insgesamt 355 Standards sowie mehr als 1000 messbare Kriterien erfasst. Von diesen sind etwa 170 Standards verpflichtend für eine erfolgreiche Zertifizierung zu erfüllen. Der Rest der Standards muss mit einem Anteil von mindestens 50% gewählt und erfüllt werden.<sup>52</sup>

Die Standards des JCI sind in zwei Gruppen gegliedert:

1. Patientenorientierte Standards
2. Organisationsbezogene Standards.

Beide Gruppen haben unterschiedliche Aufgaben zu bewältigen. Patientenorientierte Standards orientieren sich am Zugang und Kontinuität der Versorgung. Sie geben Patienten und deren Familienangehörige gewisse Rechte, die sie jeder Zeit in Anspruch nehmen dürfen. Die Untersuchung sowie die Behandlung eines Patienten fallen ebenso in das Spektrum des patientenorientierten Standards. Bei Fragen oder Unklarheiten sind Patienten sowie deren Familienangehörigen nach dem Patientenorientierten Standards aufzuklären bzw. zu unterrichten. Organisationsbezogene Standards beschäftigen sich hingegen mit der Qualitätsverbesserung und der Patientensicherheit. Sie sind dazu verpflichtet, eine Prävention zu gewähren und gegebene Infektionen zu überwachen. Die Organisationsbezogenen Standards erfüllen die Aufgaben der Aufsichtsorgane, Führung

---

<sup>52</sup> Vgl. Kukla 2015, 30ff

sowie der Direktion. Das Anlagemanagement sowie die Sicherheit fallen unter den Aufgabenbereich der Organisationsbezogenen Standards. In diesem Bereich haben auch die Mitarbeiter eine wichtige Rolle, daher wird die Mitarbeiterqualifikation und die jeweils benötigten Weiterbildungen, gefördert. Wichtig daher ist, dass die Informationsquelle ein eigenes Management besitzt, um die Kommunikation am laufenden zu halten.<sup>53</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Zertifizierung durch die Joint Commission International für ein Krankenhaus von großem Vorteil ist. Diese Zertifizierung bietet den Krankenhäusern:

- Eine Qualitätsverbesserung der Krankenhausleistung
- Die Bekenntnis zu einer qualitätvollen Patientenversorgung
- Eine Erhöhung der Sicherheit im Krankenhaus
- Eine Reduzierung der Risiken für die Gesundheit der Mitarbeiter und Patienten.<sup>54</sup>

### **3.5 Methoden der Qualitätssicherung**

#### **3.5.1 Audit**

Das Audit ist eine systematische und unabhängige Untersuchung einer bestimmten Aktivität und der daraus entstehenden Ergebnisse. Durch diese Untersuchung wird das Vorhandensein und die sachgerechte Anwendung von spezifischen Anforderungen beurteilt und dokumentiert. Somit gelten Audits als ein modernes Informationssystem, mit denen man zu einem bewerteten Bild über Wirksamkeit und Problemangemessenheit und qualitätssichernden Aktivitäten kommt. Ziel ist es, die Schwachstellen aufzuzeigen, Verbesserungsmaßnahmen anzuregen und deren Wirkung zu überwachen. Daher kann das Audit

---

<sup>53</sup> Vgl. Kukla 2015, 30ff

<sup>54</sup> Vgl. Kukla 2015, 30ff

auch als ein Führungsinstrument angesehen werden, welches zur Vorgabe von Zielen und zur Information des Managements über die Zielerreichung dienen kann.<sup>55</sup>

Es gibt drei unterschiedliche Arten von Audits, welche auch unter der Bezeichnung Qualitätsaudit bekannt sind. Sie können zusammengefasst werden in Produkt-, Verfahrens- und Systemaudit. Es lassen sich gemeinsame Aufgaben und Auswirkungen von Audits formulieren. Das Prozessaudit stellt einen fixen Bestandteil in jedem Prozessmanagementsystem dar. Dabei wird ein bestimmter Prozess genauer durchleuchtet und die Fähigkeit zur Erfüllung der dabei an ihn gestellten Anforderungen untersucht. Ausgangspunkt ist der Prozess-Input, damit mit dem ersten auszuführenden Prozessschritt gestartet werden kann. Bis hin zum letzten Prozessschritt und dem daraus resultierenden Prozess-Output werden die Schritte auditiert (bewertet). Dabei stehen Schnittstellen, Informationen, Dokumente sowie Daten im Vordergrund. Bei jedem Prozess wird ein dafür Verantwortlicher bestimmt, der dann sein Team über die Vorgehensweise informieren muss. Erst dann, wenn das Audit anerkannt ist, wird es an die Basis gestellt, damit es seinen vollen Nutzen der für die Organisation bestimmt ist, erfüllen kann.<sup>56</sup>

Audits können nicht nur von Mitarbeitern, sondern auch von Kunden oder neutralen externen Stellen, durchgeführt werden. Interne Audits hingegen werden meist von Angehörigen des eigenen Unternehmens durchgeführt. Dementsprechend wird auf interner Basis werksintern oder auf Konzernebene zur Beobachtung der Qualitätsentwicklung bzw. zum Vergleich der Leistungsfähigkeit von einzelnen Unternehmen, gearbeitet. Damit kann ein positives Bild für die potenziellen aber auch die tatsächlichen Kunden aufgebaut werden. Im Gegensatz dazu, kann das negative Ergebnis im Rahmen eines externen Audits vermieden werden. Interne Audits gelten als ein wichtiger und regelmäßiger Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems. Externe Audits haben die Aufgaben die Qualitätssituation bei einem Zulieferanten und deren Nachweis bzw. deren Dokumentation die aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen geschieht, zu beurteilen. Dies geschieht meist im Rahmen des Systemaudits. Systemaudits werden in der Regel von allgemein anerkannten Institutionen vorgenommen und haben oft einen Charakter der Zertifizierung. Sie schließen die

---

<sup>55</sup> Vgl. Kamiske/Brauer 2012, 9f

<sup>56</sup> Vgl. Kamiske/Brauer 2012, 9f

Vergabe eines Zertifikates ein, welches dann dem auditierten Unternehmen einen gewissen Qualitätsstandard sowie das Vorhandensein und die Wirksamkeit eines Qualitätsmanagementsystems bescheinigt.<sup>57</sup>

Die Planung eines Audits sollte stets sorgfältig vorgenommen werden, um den Erfolg voraussetzen zu können. Dieser ist jedoch auch in besonderem Maße von der Qualifikation der ausführenden Mitarbeiter abhängig. Der ausführende Mitarbeiter wird in diesem Bereich als Auditor bezeichnet. Wichtig ist ebenso eine konsequente Durchführung eines dafür entsprechenden Audit- Teams. Die wirksame Unterstützung die durch das Management geschieht ist eine besondere Grundlage um eine genügende Beobachtung der gesamten Maßnahme sicherstellen zu können.<sup>58</sup>

Ziel eines Audits ist es, Schwachstellen aufzuzeigen und Verbesserungsmaßnahmen zu veranlassen, sowie die Überwachung der Wirksamkeit der Verbesserungsmaßnahmen. Bevor ein Audit durchgeführt werden kann, sind dafür geeignete Checklisten durchzuführen. Diese Checklisten haben eine bestimmte Vorgehensweise an die sich gehalten werden muss. Am Ende der Durchführung werden alle gesammelten Ergebnisse in einem Auditbericht erfasst der dann dem Management vorgelegt werden sollte.<sup>59</sup>

Zusammenfassend lässt sich behaupten, dass das prozessorientierte Audit zum festen Bestandteil eines Prozessmanagementsystems gehört da es zu einem wertvollen Instrument der permanenten Versorgung zählt.

### **3.5.2 DIN EN ISO 9001**

Der Vorgänger der DIN EN ISO 9001 ist die DIN EN ISO 9000. Darin sind die Grundsätze des Qualitätsmanagements festgehalten. Diese Grundsätze geben einen allgemeinen

---

<sup>57</sup> Vgl. Kamiske/Brauer 2012, 9f

<sup>58</sup> Vgl. Kamiske/Brauer 2012, 9f

<sup>59</sup> Vgl. Kamiske/Brauer 2012, 9f

Überblick darüber, was die Norm bezwecken möchte. Wenn ein Unternehmen die Grundsätze bei der Einführung und Nutzung des Qualitätsmanagementsystems nicht vernachlässigt, ist die Erfüllung der meisten Anforderungen der DIN EN ISO 9001 garantiert. Dem Qualitätsmanagement sind acht Grundsätze zuzuordnen, nach denen sich Unternehmen zu orientieren haben. Bei der Kundenorientierung bestimmt der Kunde die gewissen Anforderungen an den Produkten und Leistungen eines Unternehmens. Daher ist es wichtig, dass das Unternehmen sein ganzes Handeln darauf ausrichtet, dass die Anforderungen des Kunden erfüllt werden, oder sogar übertroffen werden. Den zweiten Grundsatz des Qualitätsmanagements stellt die Verantwortlichkeit der Führung dar. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Führungskräfte eine gewisse Vorbildfunktion eingehen. Sie sollen einen gewissen Vorreiter in dem jeweiligen Thema abgeben um dann die Voraussetzungen schaffen zu können, dass im gesamten Unternehmen die Kundenanforderung umgesetzt werden können. Denn wenn die Geschäftsführung nicht hinter ihren Aufgaben steht, kann auch die Umsetzung im Unternehmen für keine positiven Auswirkungen garantieren. Aus diesem Grund ist es wichtig, die beteiligten Personen miteinzubeziehen. Vor allem Mitarbeiter sollen an diesen Entscheidungen teilhaben dürfen. Denn nur wenn sie von der Umsetzung begeistert sind und selbst dabei mitwirken, können die Vorgaben umgesetzt werden. Sobald ihnen etwas vorgesetzt wird, was ihnen nicht als sinnvoll erscheint, kann es dazu führen dass die Mitarbeiter die Umsetzung verweigern oder nur halbe Sachen ausführen. Daher ist eine ausführliche und gut durchgesprochene Information über den Grund von Regeln von wichtiger Bedeutung. Das vierte Kriterium bei den Grundsätzen des Qualitätsmanagements stellt der prozessorientierte Ansatz dar. Jeder Prozess muss mit einer Planung beginnen um danach gesteuert, überwacht und verbessert werden zu können. Denn erst, wenn das Zusammenspiel der Prozesse reibungslos abläuft, ergibt sich eine funktionierende Wertschöpfung. Da in einem ganzen System immer die Zusammenhänge betrachtet werden müssen, benötigt jedes Unternehmen mit einem Qualitätsmanagementsystem ebenso ein systemorientiertes Management. Einzelne Aspekte zu betrachten ergibt wenig Sinn. Die Betrachtung der Schnittstellen im Gegensatz dazu spielt bei den einzelnen Prozessen eine besondere Rolle. Aber nicht nur die Schnittstellenbetrachtung ist wichtig, sondern auch eine kontinuierliche Verbesserung bei Mängeln. Denn im Qualitätsmanagement möchte man eine ständige Verbesserung der Ziele erreichen und auch die Organisation im Unternehmen selbst verbessern. Daher ist eine ständige Verbesserung auch aus wirtschaftlicher Sicht nicht wegzudenken. Aber da-

mit die Entscheidungen die innerhalb des Unternehmens getroffen werden, auch auf einer festen Basis stehen, müssen davor grundlegende Daten ermittelt werden. Diesen Grundsatz nennt man auch den sachbezogenen Entscheidungsfindungsansatz.<sup>60</sup>

Den letzten Grundsatz des Qualitätsmanagements stellt die Lieferantenbeziehung zum gegenseitigen Nutzen dar. Damit gute Produkte hergestellt werden können, müssen ebenso gute Ausgangsmaterialien hergestellt werden. Doch damit das Unternehmen zuverlässig deren Materialien erhält, ist es wichtig, dass die Beziehung zu dem jeweiligen Lieferanten gepflegt wird. Daher ist es für viele Unternehmer wichtig, dass sie sich einen zuverlässigen Lieferanten suchen anstatt auf den Preis zu schauen.<sup>61</sup>

Die Forderung an ein Qualitätsmanagement ist nicht mehr in 20 Elemente gegliedert, sondern besteht zukünftig nur mehr aus einer Norm, nach dem sich das QM- System zertifizieren kann. Durch diese Norm wird die Prozessorientierung des QM gefördert. Diese lassen sich in dem folgenden Prozessmodell widerspiegeln.<sup>62</sup>

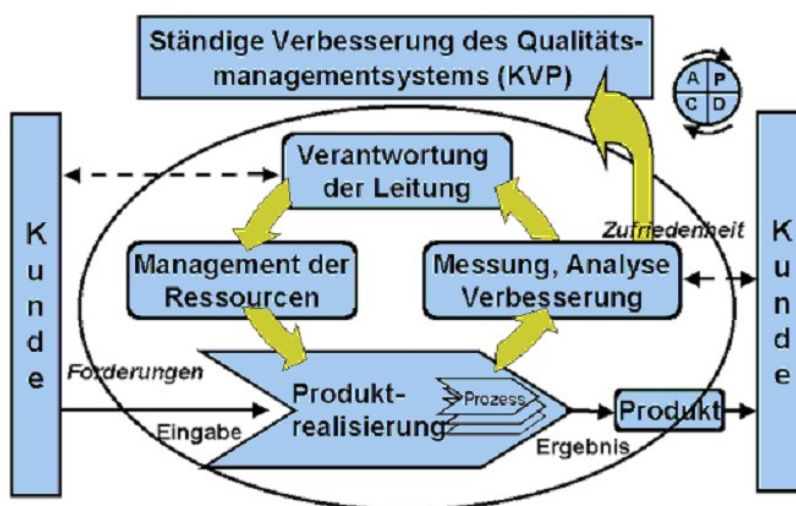


Abbildung 5 Prozessmodell (Quelle: jiggle-consulting.com)

Zusammengefasst wird die DIN EN ISO 9000 als eine Begriffserläuterung des Qualitätsmanagements betrachtet. Die darauf am 23. September 2015 veröffentlichte DIN EN ISO 9001 bildet die sogenannte Nachweisstufe. Sie legt die gewissen Forderungen für das

<sup>60</sup> Vgl. Brugger-Gebhardt 2014

<sup>61</sup> Vgl. Brugger-Gebhardt 2014

<sup>62</sup> Vgl. jiggle consulting GmbH 2000-2017



Qualitätsmanagementsystem an und bietet somit die Zertifizierungsgrundlage. Diese ist seit den letzten 15 Jahren die größte vorgenommene Änderung einer Normenrevision. Daher geht es nun für etwa 60.000 zertifizierte Organisationen allein in Deutschland darum, einen erfolgreichen Wechsel herzustellen. Obwohl bei der Veränderung ein wesentlicher Teil des bisher vorhandenen Inhaltes weitestgehend unverändert übernommen worden ist, bedarf es einer soliden Vorbereitung bei den betroffenen Organisationen wie auch bei den Auditoren und Zertifizierungsgesellschaften.<sup>63</sup>

Die QM- Grundlagennorm ISO 9001 hat sich als eine der populärsten und häufigsten angewendeten Norm weltweit bewährt. Die neue Fassung aus dem Jahr 2015 berücksichtigt die wichtigsten Veränderungen die im Qualitätsmanagement selbst ablaufen und die im Umfeld der Organisation. Obwohl zwischen der jetzigen Norm und der ISO 9001:2008 sieben Jahre Unterschied bestehen, gibt es keine grundlegenden Veränderungen hinsichtlich Zweck, Ausrichtung und dem Anwendungsbereich. Die ISO 9001:2015 wurde an die Standards der ISO- „High Level Structure“ angepasst. Bei der Norm ist eine gewisse Grundstruktur vorenthalten. Diese Grundstruktur besitzt einen einheitlichen Basistext sowie gemeinsame Benennungen und Definitionen. Diese beiden Aspekte gelten bereits seit dem Jahr 2012 als Grundlage für alle ISO- Managementsystemnormen und sollen die Kompatibilität der Systeme untereinander verbessern.<sup>64</sup>

Am 1. Januar 2000 hat der Gesetzgeber eine festgelegte Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements eingeführt. Seitdem ist das QM in den meisten Einrichtungen im Gesundheitsbereich zu einer gewissen Selbstverständlichkeit geworden.<sup>65</sup> Viele Krankenhäuser haben sich in den letzten Jahren ein Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001 aufgebaut und haben danach mit einer erfolgreichen Zertifizierung abgeschlossen.<sup>66</sup> Obwohl die Norm für Fortschritte sorgt, hat sie nach wie vor mit großen Vorurteilen zu kämpfen. Aufgrund der Sprache die die DIN EN ISO spricht, verursacht sie bei vielen Mitarbeitern, insbesondere aus der Ärzteschaft, für eine große Ablehnung. Sie behaupten, dass sie keine Kunden versorgen sondern Patienten und das die Begriffe Produkte und Mittel für die Industrie gelten, aber der Prozess im Krankenhaus ein anderer

---

<sup>63</sup> Vgl. Hinsch 2016

<sup>64</sup> Vgl. Graebig 2015

<sup>65</sup> Vgl. Kahla-Witzsch 2010, 9

<sup>66</sup> Vgl. Kahla-Witzsch 2010, 9

ist. Dies lässt den Nachteil einer branchenübergreifenden Norm aufleuchten. Denn die DIN EN ISO gilt für alle Organisationen, unabhängig von deren Art und Größe und unabhängig von der Art der Produkte die dafür bereit gestellt werden. Die Schwierigkeit dabei ist, dass die Norm auf jedes Unternehmen jeglicher Art angepasst werden soll. Der kleine Handwerksbetrieb, der Großkonzern, die klassische Produktion, die Dienstleistung sowie der Handel, die verschiedensten Branchen von der Druckerei bis zur Arztpraxis nehmen die DIN EN ISO 9001 in Anspruch. Damit das qualitätsgerechte Handeln eines Unternehmens messbar und vergleichbar wird, hat man versucht einen einheitlichen Standard für dieses Handeln zu erschaffen. Das ist der Grund warum die Norm in bestimmten Anforderungen sehr allgemein bleibt.<sup>67</sup> Im Allgemeinen soll die DIN EN ISO 9001 gewährleisten, dass ein Unternehmen in seinem Sinne das bestmögliche aus sich herausholt, um gute Produkte herzustellen oder eine gute Dienstleistung zu erbringen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die DIN EN ISO 9001 als ein prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem im Gesundheitswesen bewährt hat und kontinuierlich weiterentwickelt wird.

In Österreich wird anstatt der DIN EN ISO 9001, die ÖNORM, angewendet. Diese ist eine nationale Norm, die vom Austrian Standards Institute veröffentlicht worden ist. Inhaltlich beschäftigen sich beide Normen mit demselben Regelwerk. Das österreichische Normungsinstitut übernimmt sogar teilweise einige der Deutschen Normen.

### 3.5.3 AQUA- Institut

„Das AQUA- Institut ist ein fachlich unabhängiges und interessenneutrales Beratungs- und Forschungsunternehmen im Gesundheitswesen für Konzepte und Strategien zur angewandten Qualitätsförderung und Qualitätssicherung, für die wissenschaftliche Qualitätsforschung sowie die Umsetzung von komplexen Großprojekten“ (AQUA- Institut 2017).

---

<sup>67</sup> Vgl. Kahla-Witzsch 2010, 9

AQUA steht für die Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung in der Ambulanten Versorgung. Die Organisation ist am 29. August 1995 in Göttingen als eine GmbH gegründet worden. Sie steht unter der Leitung des Geschäftsführers Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. J. Szecsenyi. Die Personalstruktur des AQUA- Instituts besteht aus einem interdisziplinären Team mit rund 80 Mitarbeitern. Aufträge erhält das Institut unter anderem von Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Verbänden, Praxisnetzen, Bundesministerium für Gesundheit und dem Gemeinsamen Bundesausschuss.<sup>68</sup>

Das AQUA Institut, welches für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH zählt ist als unabhängiger Partner für Qualität im Gesundheitswesen anzusehen. Es illustriert eine effiziente Organisation und Dienstleistung und zeichnet sich durch eine evidenz- und datenbasierte Arbeitsweise aus.<sup>69</sup>

Das Unternehmen beschäftigt sich mit vielerlei Themen. Die Schwerpunkte ihrer Arbeit beinhalten fünf große Themen:

1. Implementierung von Großprojekten
2. Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung und Evaluation von (neuen) Versorgungs- oder Vertragsmodellen
3. Sektorspezifische und sektorübergreifende Auswertung
4. Kontinuierliches Qualitätsmonitoring über lange Zeiträume
5. Befragungen, Feedbackberichte.

Neben diesen fünf Hauptaufgaben beschäftigt sich das AQUA- Institut besonders mit bestimmten Qualitätsprojekten und stellt sich dadurch in einer vielfältigen Art und Weise komplexen Aufgaben einer effizienten Qualitätsförderung. Diese findet sowohl im nationalen als auch im internationalen Gesundheitswesen statt. Ein Beispiel dafür stellt die Interne Qualitätssicherung dar. Damit diese weitreichend gefördert werden kann, hat das AQUA- Institut die Aufgabe, ein Qualitätsmanagement zu begleiten und umzusetzen.

---

<sup>68</sup> Vgl. AQUA- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

<sup>69</sup> Vgl. AQUA- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Auch eine Entwicklung und Durchführung von Befragung ist bei der Förderung nicht zu vernachlässigen.<sup>70</sup>

Die Verfasserin hat sich eines der vielen Qualitätsprojekte herausgesucht und sich näher damit beschäftigt. Das Qualitätsprojekt der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses entwickelt worden. Im Jahr 2009 hat das AQUA- Institut im Rahmen einer europaweiten Ausschreibung nach §137a SGB V einen Zuschlag als eine fachlich unabhängige Institution erhalten. §137a SGB V steht für eine bessere Versorgung der Patienten. Ziel des Projektes ist gewesen, den Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Umsetzung seiner gesetzlichen Aufgaben durch gewisse Leistungen zu unterstützen. Besondere Interesse dabei gilt der Fortführung und Fortentwicklung der bis dato sektoralen Qualitätssicherung bis hin zu einer Durchführung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Die vier Leistungen die zur Unterstützung beitragen sollen befassen sich mit:

1. Der Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität
2. Der Dokumentation und datentechnischen Umsetzung
3. Der Unterstützung bei der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
4. Der Veröffentlichung von Ergebnissen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form.<sup>71</sup>

Das AQUA- Institut und deren Arbeitsweise besteht aus den Dienstleistungen, die sich an dem Qualitätskreislauf orientieren. Der erste Schritt ist eine Analyse der Versorgungsrealität, auf die eine Zieldefinition folgt. An die Zieldefinition schließt sich die Umsetzungsphase an, bis es schlussendlich zu einer Evaluation der Zielerreichung kommt. Die Betrachtung des Qualitätskreislaufes beginnt mit der Analyse. Dabei soll die Frage geklärt werden, wie die momentane Versorgungsrealität im Unternehmen aussieht. Um dies herauszufinden, ist eine Analyse der Routine- und Befragungsdaten notwendig. Sofern die Analyse abgeschlossen ist, sind die Ziele zu beachten. Welche Ziele sollen künftig er-

---

<sup>70</sup> Vgl. AQUA- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

<sup>71</sup> Vgl. AQUA- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

reicht werden? Um auf ein vernünftiges und zufriedenstellendes Ergebnis zu gelangen, ist es wichtig, dass die Ziele erreichbar, messbar und transparent formuliert werden. Um die Ziele dementsprechend umsetzen zu können, muss dabei Rücksicht darauf genommen werden, inwiefern die Veränderungen in der Praxis realisiert werden können. Um diese Frage beantworten zu können, sollte sich mit dem Qualitätszirkel Pharmakotherapie oder dem Europäischen Praxisassessment beschäftigt werden. Am Ende der Analyse steht die Evaluation mit der Frage ob alle Ziele die man sich gesetzt hat erreicht worden sind. Die Überprüfung findet im Unternehmen selbst, durch eine Entwicklung geeigneter Indikatoren und Evaluationskonzepte statt. Eine Alternative bietet die Datenerhebung, bei der man eine Auswertung und Interpretation der Ergebnisse erhält.<sup>72</sup>

### 3.5.4 SMART- Regel

Die Abkürzung SMART ist im Jahr 1981 erstmals in der Novemberausgabe von Management Review in die Öffentlichkeit getreten. Der erste der dieses Kunstwort darin verwendet hat ist George Doran.<sup>73</sup>

SMART setzt sich aus den jeweiligen Anfangsbuchstaben eines Kriterienkataloges zusammen. Dieser ist dafür entwickelt worden, um eine klare Zielformulierung definieren zu können.<sup>74</sup> Dabei ist eine effektive Zielformulierung mit klar formulierten Zielen der Schlüssel zum Erfolg. Wichtig dabei ist die Erstellung eines Handlungsplans. Ohne einen Handlungsplan ist es für ein Unternehmen nicht möglich, eine klare Vorstellung von dem anzustrebenden Resultat zu besitzen. Ziele gelten als ein Qualitätsmerkmal und werden daher als SMART formulierte Ziele bezeichnet. Sie sind vor allem für die Überprüfung der Zielerreichung, der Evaluation, erforderlich. Die SMART- Ziele werden als ein fester Bestandteil verschiedenster Ansätze der Qualitätsentwicklung angesehen. Daher ist es besonders wichtig, dass die Ziele innerhalb der Pflegeplanung gewisse Eigenschaften

---

<sup>72</sup> Vgl. AQUA- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

<sup>73</sup> Vgl. Scott

<sup>74</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V. 2006

erfüllen. Die erfüllten Eigenschaften werden am Ende in der SMART- Formel zusammengetragen und in der Pflegeplanung als SMART- Ziele bezeichnet.

S: Den Anfang des Kriterienkatalogs bilden die spezifischen Ziele. Sie beantworten die sechs W-Fragen, wer, was, wo, wann, welche und wieso. Die Maßnahmen die dabei geplant werden, sind auf den Pflegebedürftigen individuell abzustimmen. M: Bei den messbaren Zielen, ist darauf zu achten, dass die Ziele mit quantitativen Angaben versehen werden. Dadurch wird es für die Evaluation leichter gemacht, da sie durch die bereits vorhandenen Angaben einfacher und schneller durchzuführen ist. A: Der dritte Anfangsbuchstabe der SMART-Ziele steht für aktionsorientiert bzw. anstrebenswert. In diesem Ziel soll sich die aktivierende Pflege, die dabei durchgeführt wird, widerspiegeln. R: Bei diesem Ziel werden die realistischen Ziele aufgezeigt. Diese sollten für ein positives Ergebnis bestmöglich erreicht werden. T: Den Abschluss des Kriterienkataloges stellen die terminierbaren Ziele dar. Dies bedeutet, dass die Ziele möglichst mit einem realistischen Datum versehen werden und sich bei der Abarbeitung an die Zeitspanne gehalten wird.<sup>75</sup>

Aufgrund von einem Spannungsverhältnis, in dem sich die SMART- Kriterien zum Teil bewegen, müssen sich die Kriterien gegeneinander abwägen. Damit Ziele in der richtigen Form evaluiert werden können, ist es wichtig, dass die Pflegeziele mit dem Pflegebedürftigen abgesprochen und gemeinsam festgelegt werden. Dabei zu beachten ist, dass die Ziele SMART zu formulieren sind.<sup>76</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Ziel der Pflege ist, die individuelle Autonomie des zu Pflegenden zu erhalten, fördern oder wiederherzustellen. Um für diese Aspekte garantieren zu können, sind interne sowie externe Ressourcen zu berücksichtigen.<sup>77</sup>

Die Pflege beschäftigt sich im Allgemeinen mit vier unterschiedlichen Pflegezielen, die aufeinander aufbauen. Das kompensative Pflegeziel besteht aus einem gewissen Ausgleich von Einschränkungen. Dabei ist wichtig, dass die Defizite des Patienten ausgeglichen werden. Das präventive Pflegeziel hingegen ist dafür bestimmt, die Risikofaktoren

---

<sup>75</sup> Vgl. Häse 2017

<sup>76</sup> Vgl. Gesundheit Berlin e.V. 2017

<sup>77</sup> Vgl. Schwanke 2017

weiter zu reduzieren. Um die Fähigkeit des zu Pflegenden weiter zu stärken oder gegeben falls neu zu erlernen, wird die rehabilitative Pflege angewendet. Dabei werden die Fähigkeiten, die auch als Ressourcen verstanden werden entwickelt bzw. neu gestärkt. Das letzte Ziel ist das palliative Pflegeziel. Hier soll das Leiden des zu Pflegenden gelindert werden. Der Patient befindet sich meist schon in der Endphase des Lebens.<sup>78</sup>

## 4. Prozessmanagement

### 4.1 Begriffsdefinition Prozess

Ein Prozess beschreibt eine Tätigkeit, bei der ein vordefinierter Input einen gewünschten Output erzeugen soll. Die EN ISO 9000:2005 beschreibt einen Prozess als eine Tätigkeit die in einer Wechselwirkung steht. Ein Prozess wandelt Eingaben in Ergebnisse um. Prozesse sollen im Rahmen des Managements trotz ihrer externen und internen Rahmenbedingungen effizient und effektiv gestaltet werden.<sup>79</sup>

Damit die Struktur eines Prozesses besser verstanden werden kann, hilft das aus dem Six Sigma stammende SIPOC- Modell für eine klare Übersicht. SIPOC steht hierbei für die jeweiligen Anfangsbuchstaben der Begriffe Supplier, Input, Process, Output und Customer.<sup>80</sup>

---

<sup>78</sup> Vgl. Schwanke 2017

<sup>79</sup> Vgl. Wagner/Patzak 2015, 32

<sup>80</sup> Vgl. Wagner/Patzak 2015, 32

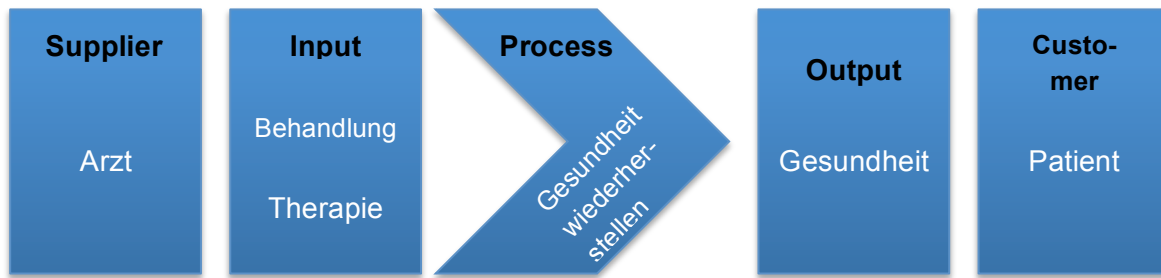


Abbildung 7 SIPOC- Modell

Den zentralen Bestandteil des SIPOC Modells ist der betrachtete Prozess, der im oben dargestellten Beispiel durch die Wiederherstellung der Gesundheit charakterisiert wird. Damit der Prozess ausgeführt werden kann benötigt der Supplier vordefinierte Inputs (Behandlung, Therapie, etc.). Diese werden dann im Laufe des Prozesses in den gewünschten Output (Gesundheit) umgewandelt. Das dargestellte SIPOC- Modell bezieht nicht nur die Inputs und die Outputs sondern auch die Lieferanten (Ärzte), welche den Input liefern. Darunter wirken auch die Kunden des Prozesses (Patienten), an die der Output gerichtet wird. Dieses Procedere ergibt eine klar strukturierte Übersicht der für den Prozess benötigten Ressourcen sowie der am Prozess beteiligten Personen.<sup>81</sup> Daraus erschließt sich, dass das Ziel des angestrebten Prozesses im Gesundheitswesen ist, den gesundheitlichen Zustand bzw. die Verbesserung eines Patienten.<sup>82</sup>

#### 4.1.1 Kundenorientierung

Die Kundenorientierung im Prozessmanagement wird als eine Ausrichtung der Prozesse an den bestimmten Erwartungen des Kunden gesehen. Für eine Organisation ist es in Bezug auf die Kundenorientierung wichtig, dass die gegenwärtigen sowie die zukünftigen

---

<sup>81</sup> Vgl. Wagner/Patzak 2015, 33

<sup>82</sup> Vgl. ÖNORM EN 15224:2012 12 01, 17



Bedürfnisse des Kunden erkannt werden. Dabei ist eine Ausrichtung auf die eigenen Leistungen bzw. Prozesse die der Leistungserstellung dienen, wichtig.<sup>83</sup>

Wer im Gesundheitswesen tatsächlich als Kunde angesehen wird definiert die ÖNORM EN 15224. Die Definition der ÖNORM EN ist bereits im Thema „Abgrenzung zu klinischen Pfaden“ erläutert. Der Patient wird als ein Schlüsselkunde und Empfänger von Dienstleistungen angesehen. Die Dienstleistungen befinden sich im Rahmen der Versorgung. Das Management gilt weiterhin als oberste Leitung einer Einrichtung die im Gesundheitswesen beständig ist. Das Management hat die Aufgabe, die Einrichtung so sicherzustellen, dass die Kundenerwartungen gleichzeitig der Kundenorientierung erfüllt werden. Außerdem müssen nebenbei medizinische Notwendigkeiten in Rechnung getragen werden, die Patienten zu zahlen haben. Hier hat die Leitung die Aufgabe, gewisse Maßnahmen vorzunehmen, um einen Ausgleich zwischen Erwartungen und den Erfordernissen zu gewinnen.<sup>84</sup>

Die Kundenorientierung ist ein Prozess bei der im Gesundheitswesen der Individualisierungs- sowie der Behandlungsgrad festgelegt wird. Der Individualisierungsgrad bestimmt die Entscheidungsmöglichkeiten eines Patienten, z.B. die Terminplanung. Der Behandlungsgrad hingegen bestimmt das Behandlungsangebot.<sup>85</sup>

Im Gesundheitswesen wird die Ganzheitlichkeit des Versorgungsprozesses als ein wesentlicher Bestandteil der Kundenorientierung gesehen. Daraus lässt sich die Evaluation von Anforderungen, die abteilungsübergreifende Versorgungsprozesse bedienen, ziehen. Dabei ist wichtig, dass bei einer Behandlung keine zeitlichen Brüche oder ein Informationsverlust an den Schnittstellen entstehen.<sup>86</sup>

---

<sup>83</sup> Vgl. Wagner/Käfer 2008, 154

<sup>84</sup> Vgl. Hurlebaus 2004, 230

<sup>85</sup> Vgl. Hurlebaus 2004, 230

<sup>86</sup> Vgl. Dieffenbach et.al. 2002, 334

### 4.1.2 Prozessarten

Das Ziel einer Prozessmodellierung ist es, systematisch zu erfassen welche Aktivitäten in einem Unternehmen durchgeführt werden sollen. Dabei ist auf die auszurichtende Unternehmensstrategie zu achten. Diese ist sinnvoll aufeinander abzustimmen. Die drei häufigsten im Unternehmen anzutreffenden Kategorien werden dabei auf die Kernprozesse, Managementprozesse und unterstützenden Prozesse gefiltert. Meist beginnt eine ganzheitliche Prozessmodellierung mit der Betrachtung der Kernprozesse. Dabei werden alle Aktivitäten die die Wertschöpfung eines Unternehmens und den direkten Kontakt zum Kunden betreffen begutachtet. Alle Prozessschritte werden somit in den Kernprozessen zusammengetragen. Sie sind notwendig für die Herstellung eines Produktes oder für die erforderliche Erbringung von Dienstleistungen. In die Kernprozesse sind verschiedene Abteilungen verankert.<sup>87</sup>

Unter Managementprozessen versteht man alle Aktivitäten, die darauf ausgerichtet sind, den Erfolg eines Unternehmens zu messen, zu überwachen und zu kontrollieren. Daraus schließt sich, dass die Managementprozesse sicherstellen, dass nicht nur der Aufbau der Kernprozesse, sondern auch der der unterstützenden Prozesse im Einklang mit der Strategie der Einrichtung stehen. Zu beachten ist, dass die Managementprozesse in keinem direkten Zusammenhang mit der Wertschöpfung die dem Kunden gegenüber steht, stehen. Sie sind jedoch unabdingbar für einen langfristigen Erfolg eines Unternehmens. Die Messung und Überwachung der Kundenzufriedenheit sowie die Entwicklung einer ganzheitlichen Unternehmensstrategie sind hierfür vorrangige Beispiele.<sup>88</sup>

Bei der letzten hier vorgestellten Prozessart handelt es sich um die unterstützenden Prozesse. Hierunter versteht man die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen oder Infrastruktur. Sofern Prozesslücken- oder ungenauigkeiten auftreten, sind Kunden nur indirekt betroffen. Im Gegenzug zu den Kernprozessen können die unterstützenden Prozesse einer Abteilung eindeutig zugeordnet werden. Unterstützende Prozesse sind den Aktivitä-

---

<sup>87</sup> Vgl. Tiba Technologieberatung GmbH 2017

<sup>88</sup> Vgl. Tiba Technologieberatung GmbH 2017

ten zuzuordnen, die das Management von Kunden- und Lieferanten betreffen, sowie die Abrechnung von Gehältern.<sup>89</sup>

#### 4.1.3 Prozess- Landkarte

Das Referenzmodell ist für den Aufbau der Prozesse im Gesundheitswesen ein essenzieller Bestandteil auf der Ebene des Gesundheitssystem, dient aber zugleich auch auf der Mikroebene. Bei der Aufnahme der Prozesse in die Prozesslandkarte ist es wichtig, im Vorhinein zu klären, für welche Abläufe es sinnvoll ist, den Prozess in das jeweilige Managementsystem aufzunehmen um es anschließend in die Prozesslandkarte integrieren zu können.<sup>90</sup>

Eine Prozesslandkarte wird als ein Hilfsmittel gesehen, welche einen klaren Überblick über die in einer Organisation bestehenden Prozesse gibt. Die Prozesse die darin dargestellt werden, sind auf der einen Seite durch gewisse Leistungen die für den Patienten erbracht werden müssen geprägt. Auf der anderen Seite stehen die Prozesse, die diese Leistungserbringung steuern, unterstützen und ebenso verbessern sollen.<sup>91</sup>

Bei der Erstellung einer Prozesslandkarte wird ganz klar die Frage „Was wird getan?“ in den Vordergrund gestellt. Denn die Gestaltung der Prozesslandkarten wird unternehmensspezifisch gehalten, da sie die Besonderheiten sowie die Zusammenhänge eines Unternehmens genauer darstellt.<sup>92</sup>

Bei der Erstellung einer Prozesslandkarte müssen zunächst die Prozesse in die Kategorien Managementprozesse, Geschäftsprozesse, unterstützende Prozesse und Mess-, Analyse- und Verbesserungsprozesse eingeteilt werden. Im Allgemeinen hat die Prozess-

---

<sup>89</sup> Vgl. Tiba Technologieberatung GmbH 2017

<sup>90</sup> Vgl. Wagner/Patzak 2015, 59

<sup>91</sup> Vgl. Wagner/Patzak 2015, 60

<sup>92</sup> Vgl. Wagner/Patzak 2015, 60

landkarte die Funktion eines bildlichen Inhaltsverzeichnisses des Prozessmanagements. Sie beinhaltet den Ausgangspunkt für den Aufbau.<sup>93</sup>

Zunächst ist sicherzustellen, dass die höheren Ebenen, die des Managements in die Prozesslandkarte erfasst werden. Dabei wird sichergestellt, dass sich mit dem erarbeiteten Ergebnis auseinandergesetzt worden ist und die Prozesslandkarte vom Management getragen wird. Zu beachten bei der Erstellung ist, dass eine gemeinsame Sprache sichergestellt wird, damit Unklarheiten von vornherein ausgeschlossen werden könne. Doch nicht nur die letzten beiden oben genannten Aspekte sind zu berücksichtigen, sondern auch die Form der Darstellung. Nachdem diese Auswahl des Zugangs stattgefunden hat, beginnt für das Unternehmen die Erstellung der Prozesslandkarte. Begonnen wird mit dem erarbeiten der Kernprozesse des jeweiligen Unternehmens. Dieser Schritt ist oft sehr zeitaufwendig. Im Anschluss daran erfolgt die Erhebung der Management- und Supportprozesse.<sup>94</sup>

## 4.2 Begriffsdefinition Prozessmanagement

Das Prozessmanagement ist im Gesundheitswesen als ein Schlüsselfaktor zur Erreichung der Kernziele die eine Einrichtung vorsieht, anzusehen. Das Ziel ist als Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit zu definieren. Es wird als der Kern einer jeden Qualitätsverbesserung beschrieben.<sup>95</sup>

„In den letzten Jahrzehnten ist der Begriff „Prozess“ auch im Bereich der Dienstleistungen und besonders im Gesundheitswesen zunehmend in den Mittelpunkt gerückt. Ursprünglich eher in der Technik verankert, sind die Vorteile des Prozessdenkens, insbesondere eindeutige Definitionen und Verantwortlichkeiten, Steuern und Messen, auch im Gesund-

---

<sup>93</sup> Vgl. Wagner/Patzak 2015, 64

<sup>94</sup> Vgl. Wagner/Patzak 2015, 64

<sup>95</sup> Vgl. Kulka 2015, 7

heitswesen erkannt worden. Besonders in der Medizin wird damit ein wissens- und faktenbasiertes Arbeiten erheblich gefördert“ (vgl. Prim.MR Dr. Herbert Stekel 2015, S.1).

Im Allgemeinen lässt sich Prozessmanagement so beschreiben, dass es ein auf Dauer ausgerichtetes Konzept von Vorgehensweisen, Verantwortlichkeiten, IT- Unterstützung ist, um eine effektive und effiziente Prozessorganisation in einer Einrichtung gewährleisten zu können. Dabei ist zu beachten, dass alle inhaltlichen, ablaufbezogenen und kulturellen Managementfunktionen verstanden werden müssen. Die dabei auftauchenden planerischen, organisatorischen und kontrollierenden Maßnahmen dienen dabei zu einer zielorientierten Steuerung der Wertschöpfungskette in einem Unternehmen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Prozessmanagement im Rahmen des Gesundheitssystems eine effektive sowie auch effiziente Fähigkeit für wesentlich künftige Erfolgsfaktoren darstellt. Daher ist es von besonderer Notwendigkeit, die Prozesse laufend zu optimieren.

#### **4.2.1 Ziele und Nutzen**

Dem Prozessmanagement wird im Gesundheitswesen eine große Bedeutung zugeschrieben. Das wird gerade bei Betrachtung auf die Anforderungen von Effektivität und Qualität sichtbar. Auch wenn die Rahmenbedingungen der Beteiligung der unterschiedlichen Berufsgruppen, Fachgebiete und Abteilungen betrachtet werden, wird deutlich, dass der Einsatz von Prozessmanagement unabdingbar ist.<sup>96</sup>

Der Nutzen der im Prozessmanagement von Bedeutung ist wird widerspiegelt durch eindeutige Definitionen von Verantwortlichkeiten und Kompetenzen. Dabei sind die Ver-

---

<sup>96</sup> Vgl. Kukla 2015, 17

besserungen der Ablauftransparenz, Kommunikation und der Steigerung der Qualität und Produktivität nicht zu vernachlässigen.<sup>97</sup>

Der Nutzen im Prozessmanagement wird aufgeteilt in die Einteilung des Nutzens für das Unternehmen und zum anderen des Nutzens für den Mitarbeiter. Bei Nutzen für das Unternehmen sind die Kosten per Leistungseinheit zu sinken, daraus ergibt sich ein Wachstum der Zielgenauigkeit des Angebots was wiederum zu einer zunehmenden Kundenzu-Kundenzufriedenheit führt und dadurch die Qualität sich verbessert. Bei dem Nutzen für den Mitarbeiter geht es einfach um die klar strukturierten Maßstäbe und die Zielvereinbarungen. Beide Aspekte sollen dazu beitragen, einen Zusatznutzen zu schaffen.

„Die damit einhergehende Ausrichtung aller Prozesse an den Patienten als Schlüsselkunden trägt ebenso zur Sicherstellung und kontinuierlichen Verbesserung der Leistung bei wie die Mess- und Überwachbarkeit der Ergebnisse“ (Wagner/Käfer 2008, S.47).

In den Einrichtungen herrschen klar definierte Abläufe. Das ist der Grund, weshalb Wartezeiten, Therapieverschiebungen oder Doppeluntersuchungen vorgenommen werden. Dieses Problem ist in den Krankenhäusern zu lösen.<sup>98</sup>

Das Prozessmanagement bewirkt eine Förderung des Einsatzes im Gesundheitsbereich. Dabei werden vor allem das ganzheitliche, bereichsübergreifende Handeln und Denken bei der Förderung berücksichtigt. Daraus ergeben sich neue Potenziale und die Verbesserungen die kontinuierlich für die Abläufe sorgen, können gestärkt werden. Bei genauerer Betrachtung des Prozessmanagements lässt sich ein gewisses Spannungsfeld zwischen einer notwendigen Standardisierung und der erforderlichen Flexibilität erschließen.<sup>99</sup>

Ziel des Prozessmanagements ist es, dass organisatorische Prozesse hergestellt werden. Diese sind während des Prozesses zu vereinfachen und zu verbessern, damit eine größere Flexibilität in den gesamten medizinischen Abläufen einer Behandlung ermöglicht wer-

---

<sup>97</sup> Vgl. Kukla 2015, 17

<sup>98</sup> Vgl. Wagner/Käfer 2008, 47

<sup>99</sup> Vgl. Kukla 2015, 18

den kann. Doch auch der Kunde ist zufriedenzustellen und die Produktivität muss gesteigert werden. Sofern diese beiden Aspekte eingehalten werden, kommt es zu einer Erhöhung des Unternehmens- und Geschäftswertes.<sup>100</sup>

#### 4.2.2 Abgrenzung zu klinischen Pfaden

Im Gesundheitswesen treten Prozesse vielseitig auf. Bei der Unterscheidung von Prozessen und den gegenübergestellten Behandlungspfaden kommen immer wieder Unklarheiten zum Vorschein.<sup>101</sup>

Bei klinischen Pfaden spricht man von einem berufsgruppenübergreifenden Behandlungsablauf, der auf einer evidenzbasierten Grundlage vorliegt. Die Aufgabe besteht darin, die Erwartungen eines Patienten zu erfüllen und gleichzeitig die Qualität und die Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen. Wissenschaftliche Grundlage für die Versorgung mittels klinischen Pfaden ist die Evidence- based Medicine.<sup>102</sup> Die EBM ist eine medizinische Versorgung, bei der die Erkrankung eines Patienten auf der Grundlage von den zur Verfügung stehenden Wissensquellen behandelt wird.<sup>103</sup>

Die EBM hat ihren Ursprung aus dem Jahr 1972. In diesem Jahr ist das Buch „Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services“ von dem Autor Archie Cochrane veröffentlicht worden. Das Buch besitzt die Grundidee von wissenschaftlich begründbaren medizinischen Handlungen. Außerdem zählt es als das erste evidenzbasierte Therapiebuch und wird als Vorläufer der Cochrane Library angesehen.<sup>104</sup>

Aufgrund von systematischer Recherche, Bewertung und den leicht zugänglichen Aufbereitungen der Studienergebnisse wird der Wissenstransfer der in der klinischen Forschung

---

<sup>100</sup> Vgl. Kukla 2015, 19

<sup>101</sup> Vgl. Kukla 2015, 16

<sup>102</sup> Vgl. Hellmann 2002, 16

<sup>103</sup> Vgl. Antwerpes 2017

<sup>104</sup> Vgl. Deutscher Apotheker GmbH 2012

vorhanden ist, in die klinische Praxis übertragen um die Handlungen transparenter und einfacher gestalten zu können. Obwohl sich die evidenzbasierte Medizin in der Praxis des klinischen Alltags bewährt hat, ist Kritik nicht wegzudenken.<sup>105</sup>

Die EBM zählt zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Qualitätssicherung in der Medizin und stützt sich auf die drei Säulen der individuellen klinischen Erfahrung (interne Evidenz), die Werte und Wünsche eines Patienten sowie den aktuellsten Stand der klinischen Forschung (externe Evidenz). Sie hat sich durch ihre Objektivierbarkeit der Ergebnisse und durch das Erkennen von „Ausreißern“, durch statistische Methoden, Vorteile verschafft. Obwohl die Vorteile von großer Bedeutung sind, überwiegt die Kritik der EBM. Denn sie berücksichtigt keine Studien, die nicht veröffentlicht worden sind. Etwa die Hälfte aller vorgenommenen Studien, werden nicht veröffentlicht, unabhängig davon, ob sie abgeschlossen worden sind oder nicht. Damit Außenstehende die Forschung nachvollziehen können bzw. überprüfen können, ist ihnen der Zugang zu den Quellen nur teilweise gegeben.<sup>106</sup>

In der Medizin ist es wichtig zu berücksichtigen, dass die Patienten individuell behandelt werden müssen. Die Ergebnisse der EBM können jedoch durch die Anwendbarkeit der Ergebnisse nicht immer auf die individuellen Patienten umgesetzt werden. Auch der mangelnde Schutz vor gefälschten Studien stellt eine Problematik in der EBM dar.<sup>107</sup>

Es lässt sich zusammenfassen, dass die EBM nicht als ein medizinisches Leitbild anzusehen ist.

Bei Prozessen hingegen, stehen die administrativen Abläufe im Mittelpunkt einer Behandlung. Ein Beispiel dafür ist der Prozess, den Patienten administrativ aufzunehmen. Die administrative Aufnahme gilt als eine zentrale Anlaufstelle für alle Patienten, die in der Regel von ihrem Hausarzt oder einem bestimmten Facharzt für eine geplante Behandlung eingewiesen werden. Hier beschreiben die klinischen Pfade die Versorgung eines Patienten anhand einer vorher bestimmten Diagnose vom Erstkontakt bis hin zur Entlassung.

---

<sup>105</sup> Vgl. Deutscher Apotheker GmbH 2012

<sup>106</sup> Vgl. Deutscher Apotheker GmbH 2017

<sup>107</sup> Vgl. Deutscher Apotheker GmbH, 2017



Dabei wird am Anfang klar bestimmt welche Untersuchung, welches Verfahren, welche Medikation etc. der Patient an den Tagen in denen die Behandlung läuft erhält.<sup>108</sup>

Die ÖNORM 1960:2014, ist eine nationale Norm, dessen Geltungsbereich ausschließlich auf Österreich beschränkt ist. Sie beinhaltet nur die administrativ- organisatorischen Prozesse. Klinische Pfade sind dabei nicht vorhanden.<sup>109</sup>

## 5. Praxisbeispiel

Das Unfallkrankenhaus (UKH) Salzburg ist Teil der Trägerorganisation der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA). Seit dem Jahr 2014 zählt das Krankenhaus als ein überregionales Traumazentrummitglied im Traumanetzwerk Salzburg. Das UKH gilt als spezielles Krankenhaus der Notfallmedizin und der Unfallchirurgie. Es umfasst den Einzugsbereich des gesamten Tennengaus, Flachgaus sowie die angrenzenden Gebiete Oberösterreichs und Bayerns. Insgesamt verfügt das UKH über 138 systemisierte Betten und beschäftigt rund 350 Mitarbeiter. Darunter fällt das interdisziplinäre Team, das aus den Mitarbeitern der Bereiche Medizin, Pflege, medizinisch-technische Berufe, Physio- und Ergotherapie, Verwaltung, Küche und Reinigung besteht. Jährlich werden rund 42.000 Patienten behandelt. Im stationären Bereich sind jährlich insgesamt 5.621 Fälle. Dies bedeutet, dass jeder stationäre Patient eine Verweildauer von durchschnittlich 6,7 Tagen im UKH verbringt. Im ambulanten Bereich hingegen werden 35.952 Patienten jährlich behandelt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 2,7 Tage.<sup>110</sup>

Das AUVA- Unternehmensbild hilft dem Krankenhaus dabei, die Aufgaben klarer erkennen und besser erfüllen zu können. Das UKH Salzburg ist innerhalb der AUVA als Schwerpunktkrankenhaus definiert. Obwohl das Ideal nicht immer erreicht werden kann, ist das UKH stets darum bemüht. Der Ist- Zustand und auch der Soll- Zustand werden durch das Leitbild beschrieben. Das UKH beschreibt sein Leitbild als dynamisch, welches

---

<sup>108</sup> Vgl. Kahla-Witzsch 2009, 97

<sup>109</sup> Vgl. Kukla 2012, 17

<sup>110</sup> Vgl. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.at

bei allen Veränderungen mitwächst. Das Leitbild der Werte Wertschätzung, Kundenorientierung, Innovation, Effizienz und Nachhaltigkeit helfen dabei, dieses Leitbild positiv umzusetzen.<sup>111</sup>

„Qualität ist der Umfang des Erfolgs, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist“ (Avedis Donabedian).

Im Jahr 2014 hat der ärztliche Leiter Prim. Dr. Josef Obrist einige Schwerpunkte der Tätigkeiten im UKH präsentiert. In der Einrichtung erfolgt eine weitere Entwicklung als auch Intensivierung der Kooperationen mit anderen Gesundheitseinrichtungen zugrunde. Das künftige Ziel wird von Prim. Dr. Josef Obrist selbst formuliert. „Um den Qualitätsstandard und die hohe medizinische Kompetenz des Hauses auch zukünftig zu erhalten, ist es mir ein besonderes Anliegen, die Aus- und Weiterbildung der nachgeordneten Ärzte strukturiert zu forcieren. Dabei sollen praktische, operative Tätigkeiten und wissenschaftliche Arbeiten den gleichen Stellenwert besitzen“ (Prim. Dr. Josef Obrist). Bereits laufen einige Gespräche, sowohl auf strategischer als auch auf operativer Ebene. Die Gespräche werden mit Vertretern anderer regionaler Spitalträger gehalten. Dabei geht es um eine engere und effizientere Zusammenarbeit hinsichtlich einer unfallchirurgischen Versorgung. Als Hauptziel schildert Herr Obrist, kontinuierliche Prozessverbesserungen für Patienten sowie Mitarbeitern zu entwickeln und diese mit Hilfe der Kollegialen Führung umzusetzen.

Bei der Ausführung von Prozessen in Bezug auf das Qualitätsmanagement orientiert sich das UKH Salzburg an den Vorgaben des international etablierten Plan-Do-Check-Act Zyklus von W.E.Deming, der je nach Zielsetzung der Klinik angewendet wird. Im Rahmen der Anwendung des Plan-Do-Check-Act-Zyklus werden alle vorhandenen Prozesse analysiert und identifiziert. Bei der Durchführung des Plan-Do-Check-Act-Zyklus, liegt der zentrale Faktor auf der Patientenzufriedenheit. Das UKH möchte ein möglichst hohes Maß an Patientenzufriedenheit erreichen. Dabei sind sie besonders dankbar um jede Unterstützung der Patienten sowie deren Angehörigen. Um eine Rückmeldung erhalten zu können, sind im UKH auf jeder Abteilung Fragebögen ausgelegt. Um auf den Joint Commission International einzugehen, garantiert das UKH Salzburg für Patientenorientierte Standards. Darunter fallen unter anderem Privatpatienten. Ihnen werden unter der Voraussetzung einer

---

<sup>111</sup> Vgl. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.at

Sondergebührenverrechnung 21 Betten zur Verfügung gestellt. Außerdem werden die Patienten individuell und in kleinen Pflegeteams betreut. Die Mitarbeiter in der Institution pflegen nach einem ganzheitlichen und patientenorientierten Pflegemodell. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk auf dem Case and Care Management, dass in Salzburg zur Verfügung steht.<sup>112</sup>

Das UKH Salzburg orientiert sich an den Qualitätsdimensionen von Donabedian. Um die Strukturqualität auf einem hohen Standard halten zu können, wird das Personal ständig weiterentwickelt und befindet sich auf dem neusten Stand. Die Qualität und Quantität der Ressourcen wird durch ständiges Qualitätsmanagement und Investitionen in die Apparate gesichert. Auch die technischen Geräte gehören zu der Leistungserbringung notwendiger Fähigkeiten und haben somit die Aufgabe, einen hohen Standard in der Institution zu sichern.

Eng vernetzt mit der Durchführung von prozessorientierten Qualitätsmanagements ist ebenso die Implementierung des Hygienemanagementteams sowie dem Team des Risikomanagement und der Patientensicherheit. Das Qualitätsmanagement des UKH Salzburg ist besetzt durch die Kollegiale Führung, der Qualitätsmanagerin, der Qualitätssicherungskommission sowie den Mitarbeitern von allen Abteilungen. Dabei gilt die Qualitätsmanagerin als Stabstelle der Kollegialen Führung.<sup>113</sup>

Kernstück für die Prozessarbeit ist das Qualitätsmanagement-system der AUVA. Darin sind etwa 44 bereits definierte Qualitätsanforderungen beinhaltet. Dabei liegt die Konzentration auf den Abläufen sowie Prozessen die im Umfeld des Patienten beherbergt werden müssen. Dazu zählen Schmerztherapie, Abläufe im Schockraum, Mitarbeiterschulungen, Informationsflüsse, Patientenfeedback, etc. Wichtig dabei ist, dass die Qualitätsanforderungen regelmäßig mit allen Mitarbeitern aus den unterschiedlichsten Bereichen bearbeitet und evaluiert wird. Die Qualitätsanforderungen die von der AUVA definiert werden, gelten für alle Einrichtungen die durch die AUVA eingeschlossen werden.

---

<sup>112</sup> Vgl. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.at

<sup>113</sup> Vgl. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.at

Für eine Organisation ist es in Bezug auf die Kundenorientierung wichtig, dass die gegenwärtigen sowie die zukünftigen Bedürfnisse des Kunden erkannt werden. Daher hat sich das UKH Salzburg die Aufgabe gestellt, professionelle Pflege der Patienten durchzuführen mit dem Ziel, dass sich die Patienten während des Aufenthaltes sowohl wohl als auch verstanden fühlen. Dabei ist die Gestaltung der Pflege nach einem international anerkannten Pflegemodell gebunden, dessen rechtliche Grundlage das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz aus dem Jahr 1997 bildet. Neben der Kundenorientierung spielt auch die Patientenorientierung in der Gesundheitseinrichtung eine ausgiebige Rolle. Das UKH bietet eine individuelle Betreuung in Bezug auf die Erhaltung, Förderung und die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten. Es wird Wert darauf gelegt, dass die Einbindung und die Information der Patienten sowie deren Angehörigen in den Pflegeprozess gefördert werden. Dabei werden auf Kooperationen und weitere Kontaktaufnahmen mit Bezugspersonen und externen Organisationen nicht verzichtet.

In den Einrichtungen herrschen klar definierte Abläufe. Das ist der Grund, weshalb Wartezeiten, Therapieverschiebungen oder Doppeluntersuchungen vorkommen. Da die Wartezeiten für die Patienten für unangenehm empfunden werden, hat das UKH einen speziellen Behandlungsbereich bis hin zur Operation konzipiert. Dieser Raum wird als „patient holdingarea“ bezeichnet. Es ist ein großzügiger, heller und freundlicher Aufenthaltsraum, in dem die Patienten die Zeitspanne zwischen Verlassen des Stationszimmers und der Operation überbrücken können. Trotzdem sind gewisse Wartezeiten für einen reibungslosen Ablauf des Operationsprogramms vor sowie im OP- Bereich nicht zu vermeiden.

Das UKH Salzburg erhielt dieses Jahr im Mai erstmals den „Gütesiegel für Betriebliche Gesundheitsförderung“. Dieser Gütesiegel wird als eine der höchsten österreichischen Auszeichnungen für vorbildliche und nachhaltige Gesundheitsförderung mit dem Ziel einer langfristigen und dauerhaften Änderungen der Arbeitsverhältnisse angesehen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das UKH Salzburg ihre Patientenzufriedenheit als sehr hoch einstuft. Doch nicht nur die Gesundheit der Patienten sondern auch die Gesundheit der Mitarbeiter ist für die Einrichtung von besonderer Bedeutung.

Die notwendigen Informationen über das Unfallkrankenhaus Salzburg erhält die Verfasserin über die Internetquelle [www.ukhsalzburg.at](http://www.ukhsalzburg.at). Ebenso lassen sich Daten und Fakten in dem Qualitätsbericht 2011 ([www.ooegkk.at](http://www.ooegkk.at)) auffinden.

## 6. Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen

In der vorliegenden Arbeit sind wesentliche theoretische Grundlagen des Klinikmanagements im Allgemeinen erläutert. Dazu sind zusätzliche Begrifflichkeiten ausgearbeitet, welche eng in Verbindung zum Klinikmanagement stehen. Nach der Bearbeitung der Führung in einem Krankenhaus ist, mithilfe des Führungsrades nach Malik, der Aufbau des Managementberufes näher gebracht worden. Das daraufhin ausgearbeitete Klinikmarketing zeigt auf, dass es den Einrichtungen als Hilfsmittel für ihr Ansehen dient und einen immer größer werdenden Stellenwert in den betriebswirtschaftlichen Abläufen einnimmt.

Anschließend sind die für diese Arbeit erforderlichen Kernthemen aus dem Qualitätsmanagement sowie deren Methoden zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung beschrieben. Die dabei ausgearbeiteten Methoden zeigen auf, welchen Rahmenbedingungen eine im Gesundheitswesen bestehende Einrichtung in Bezug auf die Qualitätssicherung ausgesetzt werden kann.

Bei Betrachtung des Qualitätsmanagements wird sichtbar, dass auch das Prozessmanagement eine definierte Rolle einnimmt. Prozesse beschreiben die Tätigkeit, bei der ein bereits vorher definierter Input einen gewünschten Output erzeugen soll. Im Bereich des Kunden in einem Krankenhaus zeigt das SIPOC- Modell den gewünschten Effekt.

In Anlehnung an die im theoretischen Teil ausgearbeiteten Rahmenbedingungen sind im Praxisbeispiel die Themen der Qualitätssicherung in einem Krankenhaus ausgearbeitet. Die Qualitätssicherung stellt einen enormen Nutzen in einem Krankenhaus dar. Obwohl sich die Krankenhäuser in Bezug auf die Methoden der Qualitätsfeststellung unterscheiden, beherbergen sie alle das gleiche Ziel der Patientenzufriedenheit. Zwischen Österreich und Deutschland sind in der Qualitätssicherung keine enormen Unterschiede festzustellen. Obwohl Deutschland nach den Vorgaben der DIN EN ISO und Österreich nach denen der ÖNORM arbeitet, beinhalten sie ein ähnliches Regelwerk.

Die zu Beginn dieser Arbeit gesteckte Zielsetzung kann positiv beantwortet werden. Krankenhäuser bieten eine unterschiedliche Auswahl an Konzepten der Qualitätssicherung an. In Bezug auf das oben genannte Praxisbeispiel, hat sich das Unfallkrankenhaus Salzburg für den PDCA- Zyklus nach W.E. Deming zur Qualitätssicherung, bei dem der zentrale Faktor auf der Patientenzufriedenheit liegt, entschieden.

Andere allgemein öffentliche Krankenhäuser, zum Beispiel das A.ö Krankenhaus der barmherzigen Brüder Salzburg ist nach dem pCC inklusive KTQ zertifiziert. Dieses Verfahren basiert auf einem Zertifizierungsverfahren auf einer Selbst- und Fremdbewertung. Die Kriterien beziehen sich auf Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, etc. Daher lässt sich behaupten, dass auch das Krankenhaus der barmherzigen Brüder das Ziel der Patientenzufriedenheit erreicht. Daraus lässt sich schließen, dass beide Krankenanstalten ein Konzept zur Qualitätssicherung ausgewählt haben, dessen Gegebenheiten es am nächsten kommt. Schlussendlich wird das Ziel der Patientenzufriedenheit erreicht und die Forschungsfrage kann mit einer positiven Bewertung abgeschlossen werden.

Wie sieht nun der Ausblick in die Zukunft aus? Wie bereits eingangs dieser Arbeit erwähnt, steht die Menschheit in Zeiten des demographischen Wandels sowie eines technologischen Fortschritt der Medizin. Wie es daher im Bereich der Qualitätssicherung für die Krankenanstalten weitergeht, bleibt jedenfalls abzuwarten. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Qualitätssicherung im allgemeinen nicht stehen bleiben darf, sondern vielmehr an die mit der Zeit mitlaufenden veränderten Ansprüche der Patienten angepasst werden muss.

Das Kottrollanforderungen künftig nachlassen, ist bei der derzeitigen Geschwindigkeit von „Leben und Veränderung“, kaum denkbar. Jede Einrichtung im Gesundheitsbereich wird gegenteilig mehr und mehr auf gewisse Kontrollen in Bezug auf die Qualitätssicherung vertrauen, mit dem Gedanken, nachhaltiger und wirtschaftlicher auf Veränderungen zu agieren, sowie Risiken vermeiden zu können.

Im Gesundheitsbereich haben die Krankenanstalten die Möglichkeit bei internen Umstrukturierungen das Konzept der Qualitätssicherung umzuändern. Voraussetzung für ein neues Konzept sind die vorhandenen Gegebenheiten der Einrichtung. Wichtig ist, dass der Gesetzgeber kein Konzept vorschreibt, sondern nur die Kriterien für ein gut laufendes Qualitätsmanagement vorgibt denen die Krankenanstalt genügen muss.

Mit dem Schlussgedanken, dass die Qualitätssicherung für ein Zusammenwirken von Zufriedenheit und Ordnungsmäßigkeit sorgt und dadurch für eine mögliche Verbesserung der Erreichung von Unternehmenszielen herbeiführt, kann behauptet werden, dass die Qualitätssicherung einen enormen Nutzen im Bereich der Gesundheit darstellt und als unabdingbar gilt.

## Literatur- & Quellenverzeichnis

Bruhn, M. (2006): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, Grundlagen-Konzepte-Methoden. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 33ff.

Brugger – Gebhardt, Simone (2014): Die DIN EN ISO 9001 verstehen: Die Norm sicher interpretieren und sinnvoll umsetzen. Auflage:2014: Springer Gabler Verlag.

Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.v. (Hrsg) (2006): Personalmanagement im Krankenhaus, Ausgabe 7.

Ennker, Jürgen/Pietrowski, Detlef (2008): Krankenhausmarketing: Ein Wegweiser aus ärztlicher Perspektive: Steinkopff Verlag, Auflage: 2009.

Fischer, Andrea (Hrsg) (2015): Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus –Konzepte-Methoden-Implementierung: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2014.

Graebig, Klaus (2015): DIN EN ISO 9001:2015 – Vergleich mit DIN EN ISO 9001:2008, Änderungen und Auswirkungen. In: DIN e.v. (Hrsg) (2015): Beuth Pocket: DIN EN ISO 9001:2015 – Vergleich mit DIN EN ISO 9001:2008, Änderungen und Auswirkungen, 5. Auflage.

Greiling, Michael (Hrsg) (2014): Erfolgsfaktor Qualität. Wirksamkeit von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. In: Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen, 7. Auflage 1. Halbjahr, 2014, Gelsenkirchen: Git Verlag, S. 3.

Hinsch, Martin (2016): Die neue ISO 9001:2015 in Kürze: Änderungen für den betrieblichen Alltag verständlich erklärt: Springer Viewweg Verlag.

Jähne, Kerstin/Lippki, Katrin (2002): Anforderungen an das Krankenhaus & Krankenhausmanagement nach dem KTQ-Modell.

Kahla- Witzsch, Heike (2010): Zertifizierung im Krankenhaus nach DIN EN ISO 9001:2008: Ein Leitfaden. 3. Auflage: Kohlhammer W., GmbH Verlag, S. 9.

Kamiske, Gerd F./Brauer, Jörg- Peter (2012): ABC des Qualitätsmanagements. 4. Auflage: Carls Hanser Verlag GmbH & Co.KG, S. 9f.

Malik, Fredmund (2006): Führen Leisten Lesen. Wirksames Management für eine neue Zeit. Campus, Frankfurt.

Malik, Fredmund (2011): Was alle Manager brauchen: Das Standardmodell wirksamer Führung (Hörbuch): Campus Verlag.

Malik, Fredmund (2013): Exkurs: Herausforderung Führung im Krankenhaus. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S 89ff.

Malik, Fredmund (2014): Exkurs: Herausforderung Führung im Krankenhaus: Aufgaben wirksamer Führung. In: Debatin, J.F et.al. (Hrsg) (2014): Krankenhausmanagement – Strategien, Konzepte, Methoden, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, St. Gallen: MW Verlagsgesellschaft, S. 90ff.

Marschner, Christian (2014): Erfolg auf Basis von Qualität. Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. In: Greiling, Michael (Hrsg) (2014): Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen, 7. Auflage 1. Halbjahr, 2014, Münster: Git Verlag, S. 5.

Marschner, C. (2014): Umsetzung des internen Qualitätsmanagements in Arztpraxen – Fragebogenevaluation in der Region Westfalen/Lippe. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. 19:2. Stuttgart: Thieme Verlag, S.85-92.

Pfitzinger, Elmar (2000): Qualität ist das Verhältnis zwischen realisierter und geforderter Beschaffenheit (DIN EN ISO 9000 für Dienstleistungsunternehmen).

Rankl, Robert (2013): Operative Unternehmensführung. Qualitätsmanagement (I), 2. Auflage, S. 28.



Römer, Martin (2007): Das EFQM- Modell für Excellence. Qualitätsmanagement in der Pflege: Grin Verlag.

Römer, Martin (2014): Das EFQM- Modell für Excellence. Qualitätsmanagement in der Pflege. 1. Auflage: Grin Verlag.

Scott, S.J (2014): S.M.A.R.T – Ziele leicht gemacht: In nur 10 Schritten persönliche und berufliche Ziele erreichen

Stadelhofer, Erhard C. (2001): Klinik- Management Leitung-Führung-Marketing: Schlüter-sche GmbH & Co.KG Verlag.

Wörsdörfer, Sven (2016): Qualitätssicherung in Krankenhäusern: Diplomica Verlag

Wollscheid, Marco/Drees, Christian (2005): Krankenhausmanagement- eine praxisnahe Annäherung an den Begriff.

Ziesche, Anja: Patientenzufriedenheit im Krankenhaus- Maßnahmen zur Verbesserung. In: Kramer, Jost W/Neumann- Szyszka, Julia/Wolfhart Nitsch, Karl/Prause, Gunnar/Weigand, Andreas/Winkler, Joachim (Hrsg.): Patientenzufriedenheit. Band 11.

### **Internetquellen:**

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2010): Der Qualitätsbegriff. [www.aezq.de/aezq/kompendium\\_q-m-a/2-definitionen-und-konzepte-des-qualitaetsmanagements.html](http://www.aezq.de/aezq/kompendium_q-m-a/2-definitionen-und-konzepte-des-qualitaetsmanagements.html) (12.04.2017).

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (2016): Qualitätsmanagement. [www.ukhsalzburg.at/portal27/auvaukhsalzburgportal/content?contentid=10007.674070&viewmode=content.html](http://www.ukhsalzburg.at/portal27/auvaukhsalzburgportal/content?contentid=10007.674070&viewmode=content.html) (02.05.2017).

Amelung, Volker Eric/Mühlbacher, Axel/Krauth, Christian (2015): Qualität: EFQM, KTQ, QEP. [www.wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/90263/qualitaet-efqm-ktq-qep-v11.html](http://www.wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/90263/qualitaet-efqm-ktq-qep-v11.html) (11.04.2017).

Antes, Gerd et al. (2017): Evidenzbasierte Medizin. [www.cochrane.de/de/ebm#ebmd.html](http://www.cochrane.de/de/ebm#ebmd.html) (21.04.2017).

AQUA- Institut für angewandte Qualitätsförderung & Forschung im Gesundheitswesen GmbH: [www.aqua-institut.de/de/home/index.html](http://www.aqua-institut.de/de/home/index.html) (14.04.2017).

Deming, W.E/ Ditton, H. (2007): Erläuterung zum Qualitätsmanagementzyklus nach W. Edward Deming. [www.erziehungswissenschaften.hu-berlin.de/de/wipaed/Forschung/projekte/ina-pflege/sue/QMzyklus\\_Deming.html](http://www.erziehungswissenschaften.hu-berlin.de/de/wipaed/Forschung/projekte/ina-pflege/sue/QMzyklus_Deming.html) (24.04.2017).

Eberl, S./Landgraf, R. (2008): Qualitätsmanagement. [www.link.springer.com/article\(10.2007/S11428-008-0345-1.htm](http://www.link.springer.com/article(10.2007/S11428-008-0345-1.htm) (20.04.2017).

Gesundheit Berlin e.v.: [www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/subnavi/methodenkoffer/smart-Kriterien.html](http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/subnavi/methodenkoffer/smart-Kriterien.html) (13.04.2017).

Häse, Christian (2015): SMART-Regel. [www.altenpflege4you.de/about.html](http://www.altenpflege4you.de/about.html) (13.04.2017).

Jiggle consulting GmbH (Hrsg) (2000-2017): DIN EN ISO 9000:2000ff. [www.jiggle-consulting.com/de/Qualitaetsmanagement/Consulting/DIN\\_ISO\\_EN\\_9000.asp](http://www.jiggle-consulting.com/de/Qualitaetsmanagement/Consulting/DIN_ISO_EN_9000.asp) (24.04.2017).

Konvent der Barmherzigen Brüder (2016): proCumCert- Qualitätsbericht. [www.barmherzige-brueder.at/dl/npqOJKJKkONoJqx4kJK/barmherzige\\_Br\\_der\\_Salzburg\\_-\\_Qualit\\_tsbericht\\_2016\\_Endversion.pdf](http://www.barmherzige-brueder.at/dl/npqOJKJKkONoJqx4kJK/barmherzige_Br_der_Salzburg_-_Qualit_tsbericht_2016_Endversion.pdf) (03.05.2017).

Konvent der Barmherzigen Brüder (2017): Unser Qualitätsmanagement. [www.barmherzige-brueder.at/site/salzburg/ueberuns/qualitaetsmanagement.html](http://www.barmherzige-brueder.at/site/salzburg/ueberuns/qualitaetsmanagement.html) (03.05.2017).

Mehling, Petra (2015): Evidenzbasierte Medizin. [www.flexikon.doccheck.com/de/Evidenzbasierte\\_medizin.html](http://www.flexikon.doccheck.com/de/Evidenzbasierte_medizin.html) (21.04.2017).

Puhr, Jürgen (2006): Qualitätsmanagementsysteme. [www.e-qalin.net/fileadmin/pdf/wissarbeit/Puhr.pdf](http://www.e-qalin.net/fileadmin/pdf/wissarbeit/Puhr.pdf) (23.04.2017).

Pollhamer, Markus (2013): Effektivität & Effizienz. [www.b4development.com/archives/517.html](http://www.b4development.com/archives/517.html) (20.04.2017).

Qualitätsmanagement- Begriffe, Grundprinzipien, Anwendung im Gesundheitswesen: [www.krammerbuch.at/bookData/pdfs/psyqm%lesepr.pdf](http://www.krammerbuch.at/bookData/pdfs/psyqm%lesepr.pdf) (12.04.2017).

Röbken, Heinke (2014): Qualitätsmanagement in Bildungsorganisationen. [www.mba.uni-oldenburg.de/downloads/leseproben/bildungsmanagement\\_-\\_studienmaterial\\_leseprobe\\_qualitaetsmanagement\\_roebken.pdf](http://www.mba.uni-oldenburg.de/downloads/leseproben/bildungsmanagement_-_studienmaterial_leseprobe_qualitaetsmanagement_roebken.pdf) (18.04.2017).

Technische Universität Kaiserslautern (2014): Ziele des Prozessmanagements. [www.uni-kl.de/universitaet/verwaltung/zentrale-dienste/qualitaetsmanagement-und-personalentwicklung/prozessmanagement/ziele-des-prozessmanagements/html](http://www.uni-kl.de/universitaet/verwaltung/zentrale-dienste/qualitaetsmanagement-und-personalentwicklung/prozessmanagement/ziele-des-prozessmanagements/html) (18.04.2017).

Tiba Technologieberatung GmbH (2015): Fachbeiträge der Tiba Technologieberatung zum Prozessmanagement. [www.tiba-tech.de/fileadmin/Media/PDF-Seiten/Deutsch/fachbeitrag\\_prozessmanagement\\_grunlagen\\_der\\_prozessmodellierung.pdf](http://www.tiba-tech.de/fileadmin/Media/PDF-Seiten/Deutsch/fachbeitrag_prozessmanagement_grunlagen_der_prozessmodellierung.pdf) (19.04.2017).

Vavken, Peter (Hrsg) (2012): Qualitätsbericht 2011. Qualitätsmanagement in Unfallkrankenhäusern und Rehabilitationszentren. [www.oegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.54281.pdf](http://www.oegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.54281.pdf) (02.05.2017).

---

## Anhang

## **Eigenständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

---

Ort, Datum

Vorname Nachname